



UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA



Ústav ošetrovatelství

**Ošetrování nemocného s diagnózou kolorektální
karcinom**

*Nursing Care of the Patient with Colorectal
Cancer*

případová studie

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Praha, 2009

Daniela Vintrová

Autor práce: Daniela Vintrová

Studijní program: Ošetrovatelství

Bakalářský studijní obor: Zdravotní vědy

Vedoucí práce: Mgr. Renata Vytečková

Pracoviště vedoucí práce: Ústav ošetrovatelství 3. LF UK v Praze

Odborný konzultant: MUDr. Libor Chrastil

Pracoviště odborného konzultanta: Chirurgické oddělení
Karlovarské krajské nemocnice

Datum a rok obhajoby: 10. 4. 2009

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem práci zpracovala samostatně a všechnu použitou literaturu uvádím v seznamu odborné literatury na konci této práce. Současně dávám svolení k tomu, aby tato bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

Karlovy Vary, únor 2009

Daniela Vintrová

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala Mgr. Renatě Vytejškové a MUDr. Liborovi Chrástilovi za ochotu, profesionální radu a odborné vedení mé práce.

Obsah

1 ÚVOD	7
2 KLINICKÁ ČÁST.....	8
2.1 CHARAKTERISTIKA ONEMOCNĚNÍ	8
2.1.1. Anatomie tlustého střeva a konečníku.....	8
2.1.2 Fyziologie tlustého střeva a konečníku	12
2.1.3 Kolorektální karcinom	13
2.1.4 Etiologie kolorektálního karcinomu.....	13
2.1.5 Patologie kolorektálního karcinomu.....	15
2.1.6 Klinický obraz kolorektálního karcinomu.....	19
2.1.7 Diagnostika	20
2.1.8 Terapie kolorektálního karcinomu.....	24
2.1.8.1 Chirurgická léčba	24
2.1.8.2 Radioterapie.....	29
2.1.8.3 Chemoterapie.....	29
2.1.9 Prognóza	30
2.1.10 Prevence	31
2.2. ZÁKLADNÍ ÚDAJE O NEMOCNÉM.....	32
2.2.1 Anamnestické údaje.....	32
2.2.2 Okolnosti přijetí	32
2.2.3 Údaje z lékařské dokumentace.....	33
2.2.4 Diagnostické metody.....	34
2.2.5 Průběh hospitalizace.....	37
2.2.6 Farmakoterapie.....	42
3. OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST.....	46
3.1 ÚVOD	46
3.2 TEORIE OŠETŘOVATELSKÉHO PROCESU	46
3.3 MODEL VIRGINIE HENDERSON	47
3.4 OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA	50
3.5 OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY	60
3.6 DLOUHODOBÝ OŠETŘOVATELSKÝ PLÁN	74
3.7 PSYCHOLOGIE NEMOCNÉHO.....	75
3.7.1 Prožívání nemoci	77
3.7.2 Postoj k nemoci.....	78
3.7.3 Reakce na pobyt v nemocnici.....	78
3.7.4 Zhodnocení a zvládání komunikace	78
3.7.5 Zvládání stresu.....	79
3.7.6 Obranné mechanismy.....	79
3.7.7 Motivace k léčbě.	80
3.8 SOCIÁLNÍ PROBLEMATIKA	80

3. 9	EDUKACE NEMOCNÉHO.....	81
3. 9. 1	<i>Stomické pomůcky.....</i>	81
3. 9. 2	<i>Výměna stomického systému.....</i>	82
3. 9. 3	<i>Zásady výživy kolostomiků.....</i>	83
3. 9. 4	<i>Edukační plán pro pana J. K.. ..</i>	85
3. 9. 5	<i>Prognóza.....</i>	96
4.	ZÁVĚR.....	96
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.	97
	SEZNAM ZKRATEK.....	101
	SEZNAM TABULEK	102
	SEZNAM OBRÁZKŮ.....	103
	SEZNAM PŘÍLOH.....	104

1. Úvod

Cílem mé práce je zpracování případové studie u nemocného pana J. K. ve věku 66 let, který byl hospitalizován na chirurgickém oddělení s diagnózou kolorektální karcinom. U pacienta bylo indikováno chirurgické řešení – abdominoperineální amputace rekta dle Milese s vyvedením terminální sigmoideostomie.

V klinické části se zabývám anatomii a fyziologií tlustého střeva a konečníku, dále etiologií, patologií a klinickým obrazem kolorektálního karcinomu, jeho diagnostikou a terapií.

Následuje kapitola, ve které jsou zpracovány údaje o nemocném, diagnostice a léčbě jeho onemocnění, je zde popsán operační výkon a před i pooperační péče. V ošetrovatelské části používám metodu ošetrovatelského procesu. Pro ošetrovatelskou anamnézu a zhodnocení pacienta jsem využila Model základní ošetrovatelské péče Virginie Henderson. Podrobně se zabývám odebráním ošetrovatelské anamnézy, stanovením ošetrovatelských diagnóz a cílů ošetrovatelské péče, jejich plánováním, realizací a zhodnocením. Aktuální i potenciální ošetrovatelské diagnózy jsem stanovila k pátému pooperačnímu dni, kdy byl pacient přeložen z jednotky intenzivní péče na standardní chirurgické oddělení. Samostatnou kapitolu jsem věnovala posouzení psychické a sociální problematiky nemocného a rovněž edukaci nemocného týkající se zvládnutí péče o stomii, stravování a změně životního stylu s kolostomií. Práce je doplněna seznamem použitých zkratk, tabulek, obrázků a příloh a seznamem použité odborné literatury.

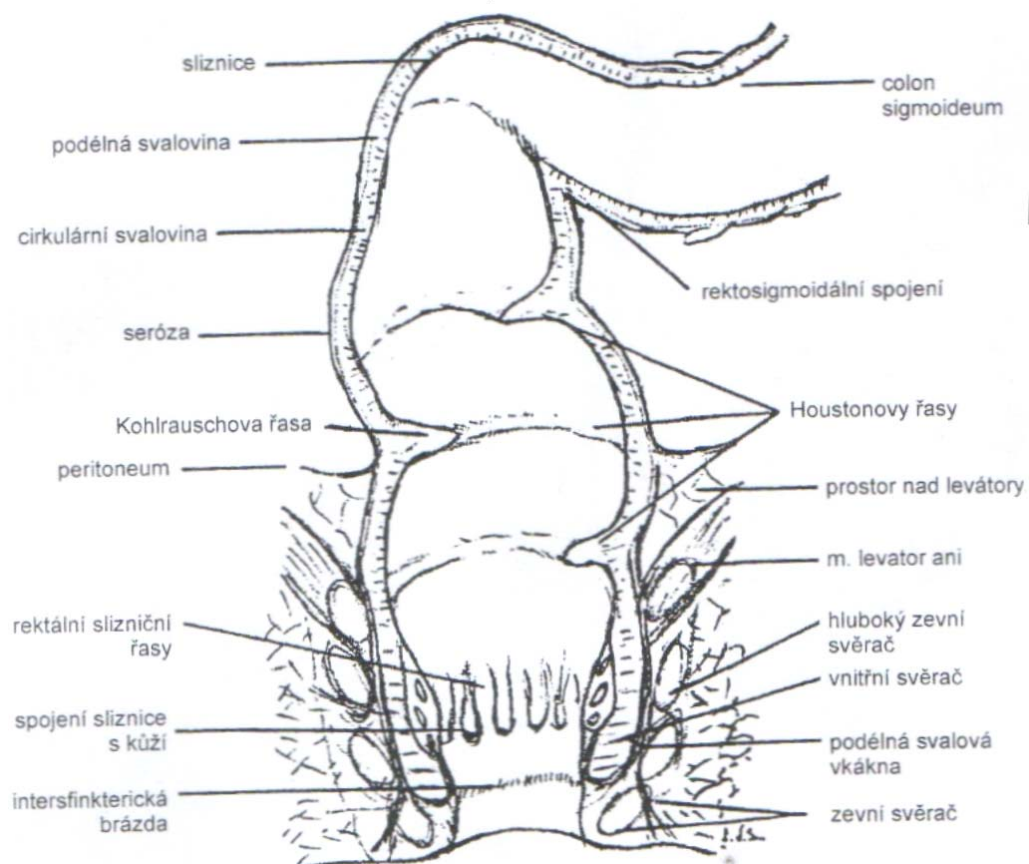
2. Klinická část

2. 1. Charakteristika onemocnění

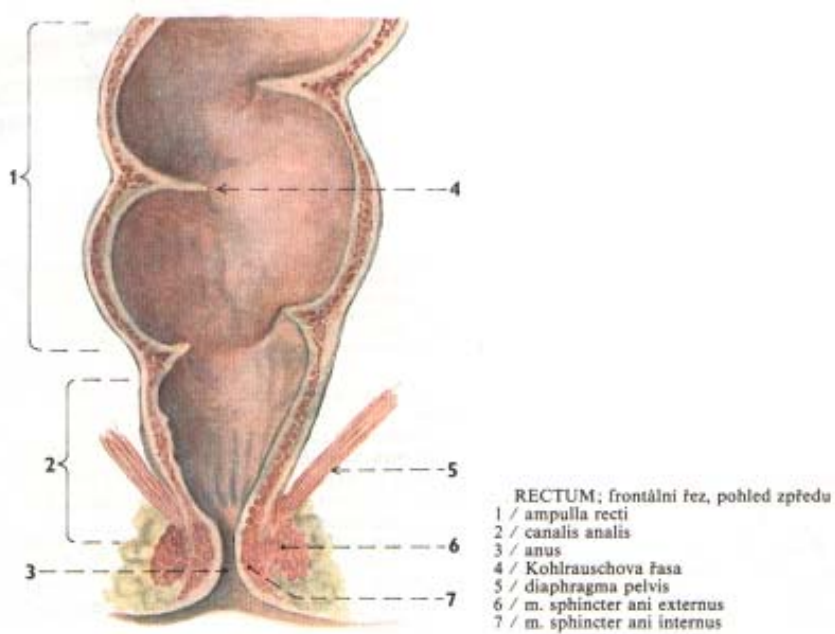
2. 1. 1. Anatomie tlustého střeva a konečníku

Tlusté střevo (intestinum crassum) začíná od ileocékální chlopně slepým střevem (caecum), ze kterého vybíhá červovitý výběžek (appendix vermiformis). Cécum přechází do vzestupného tračníku (colon ascendens), hepatickou flexurou do tračníku příčného (colon transversum). Přes lienální flexuru pokračuje do tračníku sestupného (colon descendens) a dále jako esovitá klička (colon sigmoideum) do konečníku (rectum), který končí análním kanálem (canalis analis). Tlusté střevo měří 1,2 až 1,5 metru. Největší vnitřní průměr tlustého střeva je v céku (asi 7,5 až 8,5 cm), nejmenší je v esovité kličce. Konečník (rectum), poslední úsek tlustého střeva, je uložen v pánevní dutině a měří 15 – 16 cm. Sahá od řitního otvoru do výše třetího křížového obratle. Dělíme ho na dvě části: pars pelvina, jejíž střední část se nazývá ampula, a pars perinealis (analis). V luminu ampuly jsou tři poloměsíčitě řasy. Řitní kanál má zevní a vnitřní svěrač. Vnitřní svěrač je tvořen hladkou svalovinou, vnější svěrač svalovinou příčně pruhovanou. Výstelka řitního kanálu v horní polovině tvoří 6 – 10 podélných řas, mezi nimi jsou rýhy, které jsou na dolním konci ohraničeny poloměsíčitými řasami. Tyto struktury tvoří tzv. zubatou čáru (linea dentata), která je hranicí mezi kožní a slizniční výstelkou. /12/

Obr. 1 Anatomie konečníku I /12/



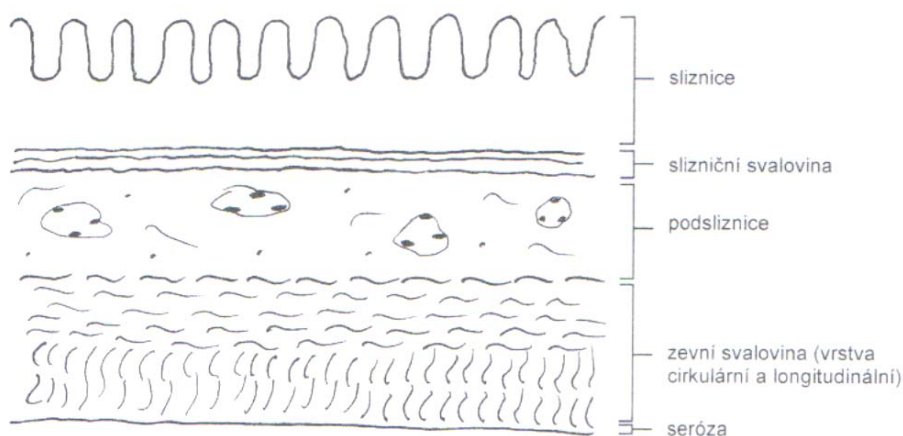
Obr. 2 Anatomie konečníku II /2/



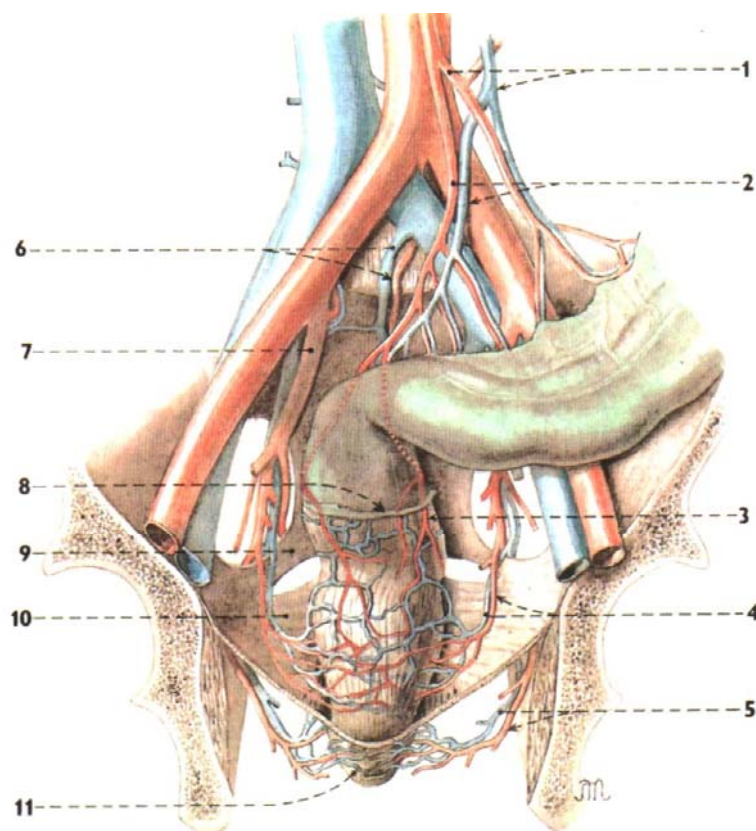
Střevní stěna je tvořena pěti základními vrstvami:

1. Sliznice (tunica mucosa) – je složena z intestinálního epitelu a slizničního stromatu. Sliznice má vyhlazený povrch s nečetnými záhyby. Povrchový epitel je tvořen cylindrickými buňkami absorpčními (transport vody a iontů) a pohárkovými (syntéza a sekrece hlenu – mucinu).
2. Slizniční svalovina (lamina muscularis mucosae) – odděluje sliznici od podsliznice, na obou stranách této svaloviny je lymfatická tkáň.
3. Podsliznice (tunica submucosa) – hojně jsou přítomny krevní a lymfatické cévy a je vytvořen submukózní neurální plexus Meissnerův.
4. Zevní svalová vrstva (tunica muscularis externa) – skládá se z vnitřní cirkulární a zevní longitudinální vrstvy, mezi nimiž je přítomen nervový plexus Auerbachův. Svalovinou prostupují krevní a lymfatické cévy.
5. Seróza (tunica seróza) – tenká vazivová vrstva, bohatá na krevní a lymfatické cévy a tukovou tkáň. Na povrchu je kryta jednovrstevným plochým epitelem.

Obr. 3 Anatomie střevní stěny /12/



Obr. 4 Cévní zásobení rekta /2/



CÉVNÍ ZÁSOBENÍ REKTA

- | | |
|--|--|
| 1 / a. et v. sigmoidea oddělující se z kmene a. mesenterica inferior | 7 / a. iliaca interna (dx) |
| 2 / a. et v. rectalis superior | 8 / odříznutý okraj peritonea na rektu |
| 3 / přístup a. rectalis superior do rektální pleteně | 9 / lig. sacrospinale |
| 4 / a. et v. rectalis media | 10 / část diaphragma pelvis |
| 5 / a. et v. rectalis inferior | 11 / canalis analis (konečná část pod diaphragma pelvis) s m. sphincter ani externus |
| 6 / a. et v. sacralis mediana | |

Cévní zásobení – je zajištěno několika tepnami. Pravou polovinu tračníku zásobuje arteria colica dextra a arteria colica media (větve arteria mesenterica superior), aborálně od lienálního ohbí je tračník zásoben krví z arteria colica sinistra (větve arteria mesenterica inferior), úsek tračníku mezi arteria colica media a arteria colica sinistra zásobuje tepenná spojka anastomosis magna. Konečník je z kraniální strany zásobován tepennou krví z arteria rectalis superior, z kaudální strany hemoroidálními tepnami.

Odvod žilní krve – vény provázejí arterie a ústí do veny portae. Krev z horní části rekta odtéká do vena mesenterica inferior a do veny portae. Touto cestou může vznikat portální typ metastáz. Krev ze střední a dolní rektální žíly se vlévá do pánevních žil, může tak vznikat kavální typ metastáz.

Lymfatický systém střeva – lymfatické cévy provázejí průběh tepen a žil a vytvářejí plexy, kam jsou vřazeny lymfatické uzliny. Podle lokalizace se uzliny dělí do skupin, z nichž nejbližší jsou v blízkosti střeva a nejvzdálenější při ústí velkých cév. /2, 12/

2. 1. 2 Fyziologie tlustého střeva a konečníku

Hlavní funkcí tlustého střeva je vstřebávání iontů a vody, skladování zbytků chymu a tvorba a vylučování formované stolice (defekace). Je zde produkováno velké množství vazkého hlenu, který ochraňuje stěnu střeva před poškozením a pomáhá tvořit formovanou stolicí. Pohyby tlustého střeva se dělí na místní (mísící) a celkové (peristaltické). Regulace pohybů je reflexní (např. duodenokolický nebo gastrokolický reflex), ale je také řízena parasymptikem (zrychluje motilitu). Tlusté střevo je osídleno populací různých bakterií, které štěpí část rostlinné vlákniny. Činností bakterií vznikají vitaminy K, thiamin (B₁) a riboflavin (B₂). Vznikají zde také střevní plyny složené z CO₂, vodíku, sirovodíku a metanu. Trávenina se prostupem tlustým střevem zahušťuje resorpcí vody a iontů, formuje se ve stolici a prochází do rekta. Samovolnému odchodu stolice brání dva svěrače: vnitřní (z hladké svaloviny, vůlí neovlivnitelný) a vnější (z příčně pruhované svaloviny, vůlí ovlivnitelný). Při defekačním reflexu svěrače ochabují, zapojují se břišní svaly, bránice i svaly hrudní. Denně se vyloučí 100 – 300 g stolice v závislosti na charakteru stravy. /25/

2. 1. 3 Kolorektální karcinom

Kolorektální karcinom, nádorové onemocnění postihující tlusté střevo a konečník, je nejčastějším nádorem trávicího ústrojí a druhým nejčastějším nádorovým onemocněním u mužů a žen. V naší populaci přetrvává již několik desetiletí neustále vzrůstající trend výskytu této choroby. Česká republika se dostala na 1. místo v celosvětových tabulkách v incidenci nových onemocnění. Přestože je kolorektální karcinom nádorovým onemocněním, kde je realizována primární i sekundární prevence, je současný stav diagnostiky a léčby neuspokojivý. I přesto, že je tento nádor dobře přístupný vyšetření, přichází více než polovina nemocných v pokročilých stádiích s postižením lymfatických uzlin a s výskytem vzdálených metastáz. /12/

2. 1. 4 Etiologie kolorektálního karcinomu

Na vzniku kolorektálního karcinomu se podílejí jak faktory hereditární, tak exogenní.

Hereditární faktory:

- a) syndromy mnohotné adenomatózní polypózy (familiární adenomatózní polypóza, Gardnerův syndrom – familiární autozomálně dominantní onemocnění, riziko maligního zvratu je až 100%, a to již ve věku 20 – 25 let)
- b) syndromy familiárního výskytu nepolypózních karcinomů tlustého střeva – charakteristický je autozomálně dominantní typ přenosu, časný začátek onemocnění (i u osob mladších 40 let) a výskyt synchronních a metachronních tumorů

Exogenní faktory:

- a) nadbytek živočišných tuků a bílkovin v potravě a jejich vliv na přeměnu žlučových kyselin na kancerogeny
- b) nedostatek vlákniny v potravě – vláknina urychluje pasáž zbytků potravy tlustým střevem a zkracuje kontakt kancerogenů se střevní sliznicí
- c) nevhodná tepelná úprava stravy - především smažení, pečení, uzení
- d) nedostatek vápníku ve stravě – snížená schopnost detoxikace žlučových kyselin ve střevě
- e) nedostatek vitaminů A, C, E a selenu – snížená ochrana před toxickým vlivem volných kyslíkových radikálů
- f) kouření a alkohol – týká se zejména konečníku, za karcinogenní se považují především plísňe v pivním sladu

Predisponující změny:

- a) dysplastické léze (adenomy, neadenomové polypy, aberantní kryptový fokus) – riziko maligního zvratu závisí na velikosti a histologické skladbě
- b) ulcerózní kolitida – maligní zvrát je častý, stoupá s délkou trvání kolitidy
- c) Crohnova choroba – maligní zvrát je méně častý než u ulcerózní kolitidy

/12/

2. 1. 5 Patologie kolorektálního karcinomu

Karcinom je maligní epitelový nádor, který se ve střevě vyznačuje penetrací přes lamina muscularis mucosae do submukózy, případně do ostatních částí stěny střeva. Nejčastěji se vyskytuje v tračníku a rektu, proto se označuje kolorektální karcinom.

Makroskopický vzhled a klinické příznaky:

a) Exofytický růst (intraluminální) – tyto květákovité karcinomy jsou typické zejména v pravé polovině tračníku a způsobují většinou chronické krevní ztráty.

b) Endofytický růst (ulcerózní, někdy difúzně infiltrující) – tyto karcinomy převažují v levé polovině tračníku a projevují se zejména poruchou pasáže střevního obsahu.

U nádorů rekta je nejčastější ulcerózní forma, která se vyskytuje u dvou třetin nemocných. /12/

Mikroskopický vzhled:

Histologicky se v 95 % všech kolorektálních karcinomů jedná o adenokarcinom, tj. nádor vyrůstající ze žláзовého epitelu, s různě intenzivní produkcí mucinu.

Dle mikroskopického obrazu se rozlišují následující histologické typy kolorektálního karcinomu:

- tubulární adenokarcinom
- mucinózní karcinom
- karcinom z prstenčitých buněk

- adenoskvamózní karcinom
- medulární karcinom
- nediferencovaný (anaplastický) karcinom

Stupeň malignity adenokarcinomu koreluje se stupněm diferenciaci. U dobře diferencovaných jsou lymfatické uzliny postiženy ve 25 %, zatímco u nízké diferencovaných adenokarcinomů až v 80 % nálezů. /12/

Šíření kolorektálního karcinomu:

Přímé šíření – postupná invaze do vnějších vrstev střevní stěny. Tumor se může šířit horizontálně (většinou roste cirkulárně) i vertikálně a může prorůstat do okolních struktur. Pokročilý karcinom rekta proniká do pánevních struktur, ale nemá přímý přístup do peritoneální dutiny. Karcinom tračnicku se může šířit přímo na peritoneální povrch a vytvářet adheze s okolními strukturami.

Lymfogenní šíření – nejčastější forma propagace nádoru. Lymfogenní metastazování vzniká teprve po invazi nádoru do submukózy, ačkoliv i ve sliznici kolorekta jsou přítomny lymfatické cévy.

Hematogenní šíření – prostřednictvím portální žíly u karcinomu tračnicku (tvorba jaterních metastáz), prostřednictvím hypogastrických žil a dolní duté žíly u karcinomu rekta (tvorba plicních metastáz). Další časté vzdálené metastázy kolorektálního karcinomu se vyskytují v kostech a mozku.

Intraperitoneální šíření – tumor proniká serózou střeva a nádorové buňky se implantují na peritoneu

Intraluminální šíření – maligní buňky se z povrchu nádoru dostávají spolu se střevním obsahem do distálních částí střeva.

Grading a staging kolorektálního karcinomu:

Grading – je mikroskopické stanovení stupně diferenciace nádorových buněk. Karcinomy s dobrou a střední diferenciací jsou označovány jako nízce maligní, špatně diferencované tumory jsou vysoce maligní.

GX: grading nemůže být stanoven

G1: dobře diferencované tumory

G2: středně diferencované tumory

G3: málo diferencované tumory

G4: nediferencované tumory

Staging – stanovení rozsahu šíření nádoru. Klasifikační TNM systém hodnotí stupeň penetrace nádoru stěvnou (T), stupeň postižení regionálních uzlin (N) a přítomnost či nepřítomnost vzdálených metastáz. TNM klinický je založen na klinickém vyšetření tumoru zobrazovacími metodami, TNM patologický na mikroskopickém vyšetření. Dukesova klasifikace rozděluje pacienty dle stupně postižení na stadia A – D. V České republice je všeobecně používána TNM klasifikace.

TNM klasifikace tumorů tlustého střeva a konečníku

Primární tumor (T)

TX: primární tumor nemůže být detekován

T0: primární tumor nenalezen

Tis: karcinoma in situ neprorůstá mukózou

T1: tumor proniká submukózou

T2: tumor proniká muscularis propria

T3: tumor proniká skrze muscularis propria do subserózy nebo do neperitonealizované perikolické či perirektální tkáně

T4: tumor proniká viscerálním peritoneem nebo přímo do okolních orgánů a struktur

Postižení regionálních lymfatických uzlin (N)

NX: regionální lymfatické uzliny nemohou být posouzeny

N0: bez metastáz v regionálních uzlinách

N1: 1 – 3 metastázy v perikolických nebo perirektálních lymfatických uzlinách

N2: metastázy ve 4 nebo více perikolických nebo perirektálních lymfatických uzlinách

N3: metastázy v uzlinách podél cévních struktur

Vzdálené metastázy (M)

MX: přítomnost vzdálených metastáz nemůže být posouzena

M0: vzdálené metastázy nejsou přítomny

M1: vzdálené metastázy jsou přítomny

Skupiny stadií

Stadium 0: Tis, N0, M0

Stadium I: T1 nebo T2, N0, M0

Stadium II: T3 nebo T4, N0, M0

Stadium III: jakékoliv T, N1-3, M0

Stadium IV: jakékoliv T nebo N, M1

Dukesova klasifikace

A: tumor neprorůstá muscularis propria

B: tumor prorůstá muscularis propria

C: postižení regionálních lymfatických uzlin

D: vzdálené metastázy /12/

2. 1. 6 Klinický obraz kolorektálního karcinomu

Obtíže v počátečním stadiu onemocnění nebývají velké, často proto dochází k podcenění příznaků, kdy pacient přichází k lékaři až v pokročilé fázi nemoci.

Nádory v pravé polovině tračníku rostou převážně exofyticky, často exulcerují a krvácejí. To vede k **anémii** a **hubnutí**. Průsvit střeva zužují dosti pozdě vzhledem k tekutosti stolice a širšímu lumen v této části tračníku. V nádoru často vzniká infekce, což může imitovat periappendikální infiltrát. Může se objevit **hmatná rezistence** v pravé polovině břicha, nemocný může udávat bolest v místě nádoru. Krvácení může být okultní, celkové příznaky – hubnutí, nechutenství, dušnost – se objevují dříve než místní projevy nádoru.

Nádory levé poloviny tračníku často rostou cirkulárně a vedou ke **stenóze**. Stolice v této části tračníku je tužší, následkem dráždění střeva tumorem mají nemocní přechodně častější **stolice**, později se **střídá zácpa s průjmem**. Krvácení nebývá velké. Nemocní často přicházejí k lékaři v **ileózním stavu**.

Nádor konečníku se projevuje **změnou v defekačních zvyklostech**, frekvence stolic bývá vyšší, objevují se **tenesmy**. Nález jasně **červené krve**, buď zjištěné samostatně, či jako příměs ve stolici, je nemocnými velmi často spojován s výskytem hemoroidů. Odchod krve a hlenů trvá někdy řadu měsíců. Po stolici zůstává pocit nedostatečného vyprázdnění. Při odchodu plynů může nechtěně odejít i stolice. Bolest u tumoru v ampule rektální bývá pozdním příznakem, právě tak jako hubnutí. /12, 32/

2. 1. 7 Diagnostika

Anamnéza: Zjišťujeme charakter a délku trvání obtíží, ptáme se na zvyklosti ve výživě, obtíže při vyprazdňování, úbytek hmotnosti, nechutenství, bolesti břicha, dále na rodinný výskyt nádorových onemocnění a na onemocnění, která klient prodělal v průběhu života.

Fyzikální vyšetření: Vyšetření pohledem, poslechem, poklepem, pohmatem a per rektum. Při celkovém vyšetření pátráme po známkách hubnutí, poruchách výživy a hydratace, na břiše po hmatných rezistencích, per rektum po hmatných tumorech, po stavu análního svěrače, na konci tohoto vyšetření na rukavici po zbytcích stolice a případných příměsích.

Endoskopická vyšetření: jsou základními vyšetřeními tlustého střeva a konečníku. Je to metoda umožňující prohlédnutí tělesných dutin nebo dutých orgánů pomocí endoskopických přístrojů.

- a) Anoskopie – k vyšetření análního kanálu a distální třetiny rektální ampule. Anoskop je rigidní přístroj z kovu nebo umělé hmoty. Přípravu

střeva před anoskopií neprovádíme, nemocný je vyšetřován v genukubitální poloze nebo na levém boku.

- b) Rektoskopie – vyšetřujeme většinou do vzdálenosti 14 cm, vzácně do 25 cm. Rektoskopy jsou kovové rigidní přístroje. Přípravu střeva provádíme mikroklyzmaty, např. Yalem. Poloha je stejná jako u anoskopie. Při tomto vyšetření se dá přesně určit vzdálenost dolního okraje tumoru ampule rekta od zubaté čáry. Výkon je diagnostický (odběr biopsie), případně terapeutický (polypektomie, elektrokoagulace tumoru).
- c) Koloskopie – vyšetření konečníku, tlustého střeva, případně terminálního ilea flexibilním endoskopem. Tato metoda se stále více posouvá z diagnostických metod k metodám invazivním a terapeutickým. Součástí vyšetření je odběr vzorků k histologickému vyšetření – biopsie. Při koloskopii lze provést endoskopickou polypektomii – odstranění polypů v tlustém střevě a konečníku. Adenomové polypy tvoří v kolorektu téměř 90 % polypů a jejich maligní transformací vzniká asi v 80 % karcinom. Před vyšetřením je nutné vyprázdnění tračníku. /12/

Ultrasonografické vyšetření:

- a) Transabdominální USG – přispívá ve stagingu choroby – např. průkazem metastáz v játrech či mízních uzlinách, průkazem hydronefrózy při okluzi močovodu apod.
- b) Endorektální USG – vyžaduje použití speciální endorektální sondy. Velmi spolehlivě rozpozná infiltraci jednotlivých vrstev stěny rekta tumorem, invazi tumoru do perirektálního tuku a metastatické postižení perirektálních lymfatických uzlin. Nelze jí však vyšetřit všechny tumory rekta, její provedení je limitováno lokalizací tumoru a stupněm tumorózní stenózy. /12/

Irigografie: jedná se o rentgenové vyšetření, které se provádí, pokud nelze provést koloskopii z technických důvodů, nejčastěji pro stenózu tračníku neprostupnou pro endoskop. Vyšetření spočívá ve sledování kontrastní náplně instalované retrográdně konečníkem do předem vyprázdněného tračníku, doplněná posléze insuflací vzduchu. Kontrastní látka ulpívající na sliznici umožní zobrazit nejen kontury střeva, ale i drobné detaily na sliznici.

Počítačová tomografie: Jedná se o rentgenologické vyšetření, založené na zobrazování příslušné oblasti těla po vrstvách a na počítačovém vyhodnocení rozdílů v pohlcování rentgenového záření mezi jednotlivými částmi tkání a orgánů. Při CT břicha a malé pánve se zobrazí tračník až po rektosigma jako tubulární útvar, jeho stěna, okolní orgány i případné zvětšené uzliny. U nádorů rekta určí CT rozsah tumorózní infiltrace stěny rekta, postižení perirektálních uzlin a posouzení rozsahu postižení okolních orgánů tumorem. Příprava k vyšetření spočívá v premedikaci antihistaminikem, pacient dostává vypít jodovou kontrastní látku a na začátku CT vyšetření je mu aplikována kontrastní látka i. v. /30, 12/

CT kolografie

Vyšetření počítačovým tomografem po předchozím vyprázdnění tračníku jako před koloskopií. Do tračníku se rektálně aplikuje vzduch, takže na CT skenech je zobrazena plynná náplň tračníku (tzv. negativní kontrast), zároveň je podána kontrastní látka intravenózně. Při tomto vyšetření je možné odlišit nádory, polypy, divertikly či jiné patologické nálezy na tračníku. Toto vyšetření nenahrazuje koloskopii, ale pomáhá doplnit informace v případě, kdy koloskopii nelze provést nebo v případě nutnosti dovyšetření tračníku orálně od nádoru, přes který nelze projít optikou endoskopu. Dále pomáhá určit topografické vztahy tračníku k dalším orgánům, posuzuje stav jater, patologické uzliny apod.

Magnetická rezonance: Má své místo prakticky pouze v diagnostice nádorů rekta, a především u pooperačních stavů rekta pro odlišení nádorové recidivy a pooperační jizvy. Metoda je založena na působení silného magnetického pole a radiových vln na protony (jádra kladně nabitého vodíku, který je v živém organismu všudypřítomný). Jejich jemná vychýlení a jejich časový průběh jsou zachyceny a zobrazeny pomocí počítače. Vyšetření nepoužívá rentgenového záření. /12/

Laboratorní diagnostika:

- a) Klasické biochemické parametry – laboratorní nález bývá chudý, pozitivní bývá až v pozdních stádiích nádorového onemocnění. Bývá urychlena sedimentace erytrocytů, vysoké CRP, zmnožené alfa-globuliny, případně známky sekundární anemie.
- b) Nádorové markery – Jedná se o látky produkováné maligními buňkami či organismem jako odpověď na nádorové bujení. U nádorů tlustého střeva a konečníku je hlavním stanovovaným markerem karcinoembryonální antigen CEA, jako marker druhé volby je doporučován CA 19-9. Jako optimální se jeví kombinace těchto dvou markerů, ovšem k jejich nízké senzitivitě nejsou vhodné pro účely primární ani diferenciální diagnostiky kolorektálního karcinomu a rovněž je nelze použít pro screening. Jejich hlavní využití spočívá v diagnostice recidiv a progresu nádorového onemocnění v průběhu pooperačního sledování a mají význam pro kontrolu efektu terapie. /12/

Histologické vyšetření: Správné určení histologické diagnózy je základním předpokladem adekvátní terapie. Histologické vyšetření slouží ke stanovení biologické povahy chorobného ložiska, gradingu a patologického stagingu nádoru a prognostických ukazatelů. Materiál k vyšetření je získáván endoskopickou excizí nebo resekci střeva. /12/

Vyšetření na okultní krvácení: Toto vyšetření je základem depistážního programu pro časnou diagnostiku kolorektálního karcinomu. Adenomové

polypy a počínající kolorektální karcinom ztrácejí již v asymptomatickém období do stolice malé množství krve, které se dá detekovat chemickými metodami. Používají se firemní testy HAEMOCCULT, v České republice se začal vyrábět OKULT VIDITEST-RAPID. Je-li vzorek stolice obsahující krev nanesen na testovací kartu impregnovanou chromogenem, objeví se po přidání detekčního činidla modré zbarvení. Pacienti s pozitivním testem jsou odesláni na koloskopické vyšetření. /12/ /32/

2. 1. 8 Terapie kolorektálního karcinomu

Základem léčby kolorektálního karcinomu je chirurgický výkon, který může být doplněn radioterapií a chemoterapií.

2. 1. 8. 1 Chirurgická léčba

Chirurgická léčba zahrnuje buď radikální operace nebo paliativní výkony. **Radikální operací** rozumíme odstranění celého nádoru, obvykle i s částí okolní zdravé tkáně spolu s lymfatickou drenáží a regionálními mízními uzlinami. **Paliativními chirurgickými výkony** rozumíme odstranění primárního ložiska při ponechání regionálních nebo vzdálených metastáz, které odstranit nelze. Někdy je možné odstranit jen část primárního nádoru, například pro jeho prorůstání do širokého okolí. Při inoperabilním nádoru tlustého střeva, který uzavírá lumen a brání pasáži, je možné ho obejít spojkou – by-passem – mezi úsekem nad a pod tumorem.

V chirurgické léčbě kolorektálního karcinomu rozlišujeme výkony akutní nebo elektivní. **Akutní** výkon se provádí v případě komplikací, které ohrožují život nemocného. Jde o náhlou příhodu břišní z důvodu mechanického ileu, perforace střeva, případně krvácení. **Elektivní** operace se provádí po adekvátní předoperační přípravě nemocného.

Radikální chirurgická léčba karcinomu tračníku spočívá v dostatečné resekci střeva s nádorem a příslušným mezokolon se spádovými lymfatickými

uzlinami tak, aby resekční linie byla ve zdravé tkáni. Vyšetřit by se mělo nejméně 12 lymfatických uzlin. Radikální chirurgický výkon u karcinomu konečníku spočívá v resekci rekta s lymfadenektomií a odstraněním retrorektálního tuku. Při postižení dolní třetiny rekta nebo prorůstání tumoru do svěračů provádíme amputaci rekta.

a) Elektivní výkony při nádorech tračníku

- Pravostranná hemikolektomie a rozšířená pravostranná hemikolektomie – provádí se při karcinomu na céku, vzestupném tračníku, hepatální flexuře a na pravé části kolon.
- Resekce transversa – při tumoru lokalizovaném na transversu
- Levostranná hemikolektomie a rozšířená levostranná hemikolektomie – je indikována při nádoru na lienální flexuře nebo na sestupném tračníku. Rozšířenou levostrannou hemikolektomii provádíme u tumoru na horní části esovité kličky.
- Resekce sigmatu – provádí se u nádoru uloženém na esovité kličce
- Hartmannova resekce – výkon používaný hlavně v oblasti rektosigmatu. Po odstranění nádoru slepě uzavřeme aborální část střeva a orální úsek vyvedeme jako terminální kolostomii.
- Subtotální kolektomie – indikována při mnohočetných tumorech na tračníku. Výkon je zakončený ileorekto anastomózou.
- Proktokolektomie – úplné odstranění tlustého střeva s rektem nebo i análním kanálem. Výkon je zakončený terminální ileostomií.
- Restorativní proktokolektomie – operace, kdy je odstraněné celé tlusté střevo s rektem, ale výkon není ukončen terminální ileostomií, ale je provedena konstukce pánevního vaku (pouch) z tenkého střeva. Do vaku ústí ileum a vak je našit speciální staplerovou technikou na oblast

řitního kanálu se zachovanými svěrači. Je tedy provedena ileo – poucho – anastomóza.

b) Elektivní výkony při nádorech rekta a rektosigmoidálního přechodu

- Vysoká či nízká přední resekce rekta – výsledkem je anastomóza mezi rektem a kolon, jedná se o operaci zachovávající řitní svěrač.
- Koloanální anastomóza podle Parkse – provádí se tam, kde anatomické poměry umožní onkologicky radikální resekci dolního rekta při nízko uloženém tumoru. Bývá vhodné provést protektivní stomii, většinou dvouhlavňovou ileostomii, neboť dochází k častější incidenci insuficience anastomóz.
- Abdominoperineální amputace rekta podle Milese – operační léčba nádorů uložených v dolní třetině rekta, u kterých nelze provést resekční výkon. Jedná se o kompletní odstranění rekta, análního kanálu s análními svěrači a širokou excizí pánevního dna. Výsledkem je trvalá terminální sigmoideostomie.
- Lokální excize karcinomu rekta – výkon lze provést jen u nádorů T1, menších než 3 cm v průměru a nezaujímajících více než třetinu obvodu rekta.

c) Akutní výkony při nádorech tlustého střeva - Indikací k akutní laparotomii je nejčastěji obstrukce střevní, méně často perforace a krvácení.

- Pravostranná hemikolektomie – při obstrukci způsobené tumorem na pravém tračníku
- Rozšířená pravostranná hemikolektomie s ileotransverzoanastomózou – při stenózujícím tumoru na transverzu

- Kolostomie – u stenózujícího tumoru na levé polovině tračníku se opouští od provedení derivační stomie, zakládá se jen u velice rizikových nemocných. Raději bývá indikována Hartmannova resekce.
- Subtotální kolektomie – tento výkon s ileorektální anastomózou je onkologicky radikální, nemocný je ušetřen stomie.

d) Paliativní výkony na tlustém střevě

- Krátké resekce nebo nekompletní resekce bez lymfadenektomie – u nemocných s nádorovou generalizací
- Paliativní by-passové operace na tračníku – při inoperabilním nádoru na pravé polovině tračníku zakládáme ileotransverzoanastomózu, na levé polovině transverzosigmoideoanastomózu.
- Kolostomie, ileostomie – stomii zakládáme jen v krajním případě pro obnovu pasáže střevní, kdy pro generalizaci nelze provést ani paliativní resekci střeva ani by-passovou operaci. Provádí se dvouhlavňová kolostomie, cékostomie nebo ileostomie.
- Endoskopická paliativní léčba – u vysoce rizikových nemocných, kdy je laparotomie spojena s velkým rizikem.
- Laserová elektrokoagulace – nejúčinnější paliativní metoda
- Nekontaktní elektrokoagulace – k odstranění nádorových hmot.

e) Paliativní výkony na konečníku

- Paliativní resekce rekta – u nemocných s generalizovaným tumorem, často bez nutnosti vyvedení kolostomie.
- Rekanalizační výkony – lze použít u nemocných s obstrukcí rekta tumorem při zachování funkce svěračů. Je možné použít

elektrokoagulaci, kryochirurgické výkony, argon plazma koagulaci nebo laserovou koagulaci, někdy je možné zavést transrektální stent.

- Kolostomie – výkon provádíme, když není možná rekanalizace, z důvodu generalizace nádoru, závažné interní komplikace, prorůstání tumoru do svěračového systému. /12/

Anastmózy

Jedná se o spojení konců střeva po odstranění jeho části nebo spojení mezi stranami střev při obcházení překážky.

Resekce

Operační výkon, při kterém se odstraní část orgánu (střeva). /33/

Stomie

Jedná se o uměle vytvořené vyústění dutého orgánu na povrch těla. Při operačním řešení kolorektálního karcinomu připadá v úvahu:

- a) **Ileostomie** – vyústění terminální části tenkého střeva přes stěnu břišní. Nejčastěji se zakládá v pravém hypogastriu, ale může být vyústěna i jinde. Z ileostomie odchází řídký, agresivní odpad, v pooperačním období je třeba sledovat bilanci tekutin a hladinu iontů.
- b) **Kolostomie** – vyústění tlustého střeva přes stěnu břišní. Nejčastějším typem je sigmoideostomie, zakládá se v levém hypogastriu, může být trvalá nebo dočasná. Transverzostomie se zakládá vzácně v pravém nebo levém podžebří. Cékostomie se zakládá na céku, zpravidla jako nástěnná.

Dále je možné stomie rozdělit na:

- a) **Stomie terminální** – jednohlavňovou: Přerušené střevo se protáhne přes břišní stěnu a fixuje se ke kůži. Pahýl střeva se ponechá a slepě uzavře

(Hartmannova operace) nebo se celý odstraní a perineum se zašije (Milesova operace).

- b) **Stomii axiální** – dvouhlavňovou: Uvolněná střevní klička se protáhne břišní stěnou, přišije se ke kůži a do otvoru ústí přívodná a odvodná střevní klička. Je třeba informovat pacienta, že přestože má stomii, může mu odcházet malé množství stolice konečníkem. /22/
- c) **Stomii nástěnnou** – střevo se nejprve přišije k peritoneu, pak se otevře a druhou řadou stehů se přišije otvor ve střevě ke kůži. Používá se nejčastěji v oblasti céka nebo transversa, dnes se provádí velmi zřídka.

2. 1. 8. 2 Radioterapie

Radioterapie užívá k léčbě nádorových onemocnění ionizujícího záření. Cílem ozáření je zničení nádoru a pokud možno co nejmenší poškození okolní zdravé tkáně. Radioterapie u nádorů rektosigmoidea a rekta se provádí předoperačně, pooperačně (kdy ovlivňuje zbytkovou nádorovou chorobu v pánvi), sendvičovou metodou (která zahrnuje předoperační i pooperační ozáření) a paliativně (u inoperabilních nádorů). Brachyterapii (zdroj záření je v úzkém kontaktu s ozařovaným nádorem) lze použít jako radikální metodu u karcinomu rekta (T1) do výše 10 cm, velikosti do 3 cm nebo jako paliativní metodu k udržení průchodnosti rekta. Radioterapie se používá jako samostatná metoda i kombinovaná s chemoterapií jako konkominantní léčba. /12/

2. 1. 8. 3 Chemoterapie

Chemoterapie je léčba nádorů cytostatiky, která svým zásahem do buněčného cyklu brání buňce v dalším dělení. Jejich nevýhodou je, že neničí jen nádorové buňky, ale i buňky zdravé. U kolorektálního karcinomu ve všech lokalizacích můžeme využít:

- a) **neoadjuvantní chemoterapii** - léčba začíná podáním cytostatik ještě před léčbou chirurgickou, zpravidla v kombinaci s radioterapií s cílem zmenšení nádoru a usnadnění operační techniky
 - b) **adjuvantní chemoterapii** - u nemocných po radikální operaci, kdy cytostatika mohou svým účinkem likvidovat tzv. zbytkovou nemoc, tj. nerozpoznané zbylé části nádoru a mikrometastázy
 - c) **paliativní chemoterapii** – u pokročilých a metastazujících nádorů, kde nelze počítat s vyléčením, ale jen se zlepšením stavu a prodloužením života
- /12/

2. 1. 9 Prognóza

Prognóza pacientů s kolorektálním karcinomem závisí na zhodnocení následujících faktorů:

- a) Stagingu nádoru – hloubka invaze a generalizace nádoru patří mezi nejdůležitější prognostické faktory. Pětileté přežití nemocných ve stádiu I je přibližně 80 %, ve stádiu II 60 %, ve stádiu III 30 % a ve stádiu IV jen 5 %.
- b) Přítomnosti reziduálního nádoru po primární terapii – jedná se o významný prognostický faktor
- c) Histologickém nálezu – méně diferencované nádory mají horší prognózu, vliv mají i lymfatická, perineurální a intravaskulární invaze nádorových buněk.
- d) Lokalizaci nádoru – nádory rekta mají obecně horší prognózu než nádory tračníku.

- e) Komplikacíh - negativně ovlivňují prognózu komplikace jako například obstrukce či perforace. /12/

2. 1. 10 Prevence

Kolorektální karcinom je nádorové onemocnění, jehož vznik ovlivňují faktory životního stylu, především způsobu výživy. Z tohoto důvodu je možné uplatnit primární prevenci. Mezi preventivní opatření patří zejména omezení konzumace živočišných tuků, zvýšení obsahu vlákniny, vápníku, vitamínů C, E a selenu v potravě, omezení nevhodné tepelné úpravy pokrmů (pečení, smažení, grilování) a omezení alkoholu a kouření. Vhodné je zvýšit pohybovou aktivitu. Formou sekundární prevence je depistážní program sledování okultního krvácení, kdy se při pozitivním výsledku testu provádí koloskopické vyšetření. Mezi další preventivní opatření patří diagnostika prekanceróz, především u rizikových skupin (nemocní se všemi druhy střevní polypózy, příslušníci rodin se syndromem familiárního karcinomu, nemocní po operaci kolorektálního karcinomu, nemocní s polypózními adenomy a s idiopatickou pankolitidou). Tito nemocní by měli být pravidelně koloskopicky vyšetřováni. U nemocných po operaci kolorektálního karcinomu by měla být v pravidelných intervalech prováděna nejen koloskopie, ale i sono jater, rentgen plic a sledování nádorových markerů. /12/

2. 2 Základní údaje o nemocném

2. 2. 1 Anamnestické údaje

Jméno pacienta: J. K.

Pohlaví: muž

Věk: 66 let

Národnost: česká

Stav: ženatý

Zaměstnání: starobní důchodce, dříve automechanik

Informace komu: manželka

Datum přijetí: 1. 6. 2008

Důvod přijetí: Pan J. K. byl přijat k operačnímu řešení karcinomu rekta po proběhlé onkologické léčbě radioterapií a chemoterapií.

2. 2. 2 Okolnosti přijetí

Pacient byl odeslán praktickým lékařem ke kolonoskopii z důvodu příměsí krve ve stolici objevující se po dobu posledních šesti měsíců. Kolonoskopické vyšetření prokázalo infiltraci tumorózním procesem v oblasti anorektálním přechodu, orální konec nádoru v cca 9 – 10 cm. Zároveň byly provedeny biopsie a při histologickém vyšetření prokázán adenokarcinom. Dále byl proveden předoperační staging - nemocný podstoupil CT dutiny břišní a malé pánve, sonografické vyšetření jater a rentgen srdce a plic. Nebyly prokázány jaterní ani plicní metastázy. Na základě těchto vyšetření byl stanoven léčebný postup. Pacient byl odeslán na onkologické oddělení k provedení předoperační radioterapie a chemoterapie. Operační výkon byl doporučen za 4 týdny po ukončení onkologické léčby.

2. 2. 3 Údaje z lékařské dokumentace

Rodinná anamnéza: Sestra zemřela na karcinom prsu v 62 letech, matka na CMP v 74 letech. Otec se dožil 85 let, vážněji nestonal. Dvě dcery zdravé.

Osobní anamnéza: Běžné dětské nemoci, operace neměl, nemocnost minimální. V roce 2001 CMP s frustní levostrannou hemiparézou, CT verifikovalo ischemické změny frontálně vpravo a temporálně vlevo. Neurologická dispenzarizace již ukončena. Zjištěna dyslipidémie, zavedena terapie, režimová opatření. Sledován pro glaukom, lokálně antiglaukomatika.

Sociální anamnéza: Bydlí s manželkou ve dvoupokojovém bytě v panelovém domě v malém městě.

Pracovní anamnéza: Pracoval jako automechanik, dnes starobní důchodce.

Alergie: Nejsou známy.

Abusus: Nekouří ani nekouřil, alkohol příležitostně, černá káva sporadicky.

Farmakologická anamnéza: Enelbin R tbl. 1 – 0 – 1

Atoris 10 mg tbl. 0 – 0 – 1

Anopyrin 100 mg tbl. 0 – 1 – 0

Arteoptic 2% 1 gtt. 2x denně po 12
hodinách do obou očí

Nynější onemocnění: Pacient byl přijat k plánované operaci pro tumor rekta. Dle kolonoskopie jde o tumor na anorektálním přechodu, který semicirkulárně pokračuje do 9 – 10 cm, histologicky se jedná o adenokarcinom, dle zobrazovacích metod bez známek generalizace. Pacient byl vyšetřen pro šest měsíců opakovaně se vyskytující krev ve stolici. Laboratorně známky anemizace, pacient bez váhového úbytku. Byla provedena předoperační aktinoterapie a chemoterapie. Pacient s operací souhlasí, je informován o nutnosti vyvedení kolostomie.

Lékařské diagnózy: Karcinom rekta

Stav po CMP s frustní levostrannou
hemiparézou v roce 2001 v plné remisi

Dyslipidémie
Anemický syndrom sekundární
Glaukom

2. 2. 4 Diagnostické metody

Fyzikální vyšetření provedené při příjmu dne 1. 6. 2008

TK 130/80 mmHg, P 74/min, TT 36,5 °C

Váha 84 kg, výška 176 cm, Body Mass Index (BMI) 27,12 – nadváha.

Subjektivně: Nemocný se cítí dobře, chuť k jídlu dobrá, námahu dobře toleruje, dušnost neudává, kašel není, výrazná únava a nevykonnost rovněž není.

Objektivně: Nemocný orientovaný, spolupracuje. Eupnoe, afebrilní. Barva kůže normální. Dýchání sklípkové, čisté. Akce srdeční pravidelná, ozvy ohraničené. Břicho v niveau, peristaltika klidná, měkké, palpačně nebolestivé, rezistence nehmatná. DK bez otoků, bez zánětu, bez ulcerací, bez výrazných varixů. Per rektum: Zevně normální nález, indagace nebolestivá, asi 2 – 3 cm za svěračem hmatné lehce navolitě okraje miskovitého tumoru na dorzální straně směrem k sakru.

Kolonoskopie

Byla provedena po přípravě střeva perorálním přijetím 4 litrů Fortransu. Pacient přichází k vyšetření lačný, důležitá je psychologická příprava, pacient byl seznámen s průběhem vyšetření a podepsal informovaný souhlas. V poloze na levém boku byl volně zaveden přístroj do recta, hemoroidální zóna klidná, na anorektálním přechodu je patrná infiltrace tumorózním procesem, který až semicirkulárně infiltruje sliznici rekta, orální konec léze v cca 9 – 10 cm. Dále tračník beze změn. Odebrán vzorek k histologickému vyšetření. Závěr: Tumor rekta.

CT dutiny břišní a malé pánve

Játra nezvětšena, homogenní jemné struktury, bez prokazatelných ložiskových změn. Cirkulární zesílení stěny rekta šíře 9-26 mm táhnoucí se už od oblasti anu, celkově v délce cca 8 cm. Rektum zevně hladce ohraničeno, bez průkazu

infiltrace okolních struktur. Bez nálezu patologicky zvětšených lymfatických uzlin, bez nálezu volné tekutiny v peritoneální dutině.

Ultrazvuk epigastria

Játra nezvětšena, bez patrné ložiskové léze s normální echogenitou.

Rtg srdce + plíce

Plicní parenchym bez prokazatelných ložiskových či celkových patologických změn, bránice hladká, symetrická, přiměřený nález na plicních hilech, stín srdeční bez defigurace.

Histologické vyšetření

Při histologickém vyšetření byly nalezeny částice infiltrované dobře diferencovaným hlenotvorným až gelatinózním adenokarcinomem.

Onkologické vyšetření

Pacient byl hospitalizován na onkologickém oddělení, kde bylo provedeno neoadjuvantní ozáření malé pánve brzdným zářením lineárním urychlovačem LD 48,6 Gy. Konkominantně podána chemoterapie. Pacient byl propuštěn v celkově velmi dobrém stavu, ozařované plochy klidné. Operační výkon doporučen za 4 týdny po ukončení radioterapie.

Předoperační vyšetření

Zahrnuje laboratorní vyšetření krve : krevní obraz, biochemické vyšetření, krvácivost, srážlivost a biochemické vyšetření moče. Klient měl většinu výsledků v normě, kromě snížené hladiny hemoglobinu, hematokritu, erytrocytů a leukocytů. Mírně zvýšený byl onkomarker CEA. Dále bylo provedeno vyšetření internistou, včetně EKG. Na základě výsledků těchto vyšetření lékař doporučil pacienta k operačnímu výkonu v celkové anestezii.

Tabulka č. 1 Výsledky krevních odběrů

	Výsledek	Norma
Urea	4,9 mmol/l	2,9 – 7,5 mmol/l
Kreatinin	85 μ mol/l	62 - 115 μ mol/l
Glukóza	5,81 mmol/l	3,88 – 6,81 mmol/l
Na	144 mmol/l	136 – 145 mmol/l
K	4,07 mmol/l	3,8 – 5,4 mmol/l
Cl	105 mmol/l	98 – 107 mmol/l
Ca	2,28 mmol/l	2,1 – 2,55 mmol/l
Celková bílkovina	68,7 g/l	64 – 83 g/l
Bilirubin	14,3 μ mol/l	3,4 – 17,1 μ mol/l
ALT	0,72 μ kat/l	0,1 – 0,73 μ kat/l
AST	0,62 μ kat/l	0,1 – 0,67 μ kat/l
GMT	0,91 μ kat/l	0,1 – 1,77 μ kat/l
ALP	1,58 μ kat/l	0,66 – 2,20 μ kat/l
Leukocyty	2,56 x 10⁹/l	3,9 – 9,4 x 10 ⁹ /l
Erytrocyty	4,02 x 10¹²/l	4,5 – 5,9 x 10 ¹² /l
Hemoglobin	115 g/l	135 – 172 g/l
Hematokrit	0,326	0,4 – 0,52
MCV	81,1 fl	84 – 98 fl
MCH	28,6 pg	28 – 34 pg
MCHC	353 g/l	320 – 360 g/l
trombocyty	205 x 10 ⁹ /l	150 – 362 x 10 ⁹ /l
APTT	20,6 s	20,0 – 31,4 s
INR	0,92	
CEA	3,75	0,37 – 3,3 ng/ml
Ca 19-9	7,3	2,5 – 19 U/ml

2. 2. 5 Průběh hospitalizace

1. 6. 2008 – 1. den hospitalizace

Pacient byl přijat na standardní chirurgické oddělení, dva dny před přijetím přijímal pouze tekutou dietu. Měl již ambulantně hotové interní předoperační vyšetření. Byl řádně poučen chirurgem o výkonu a informován o nutnosti vyvedení stomie. Na základě poučení podepsal informovaný souhlas s operací. Dále byl anesteziologem informován o možnostech a průběhu anestezie a podepsal souhlas s anestezií. Pacientovi byl proveden krevní odběr pro zajištění krevní transfuze, pokud by bylo nutné její podání v průběhu operace nebo v pooperačním období. Na oddělení jedl pacient naposled ve 12 hodin, měl tekutou dietu číslo 0. Byl poučen, že od 24 hodin již nesmí nic pít, jíst ani kouřit. Aby došlo k vyčištění střeva před operací, vypil pacient během odpoledne 4 litry roztoku Golytely a důkladně se vyprázdnil. Večer byl nemocnému aplikován Clexane 0,4 ml s. c. a ve 21 hodin dostal již první fázi premedikace, a to Frontin 0,25 mg 1 tbl. p. o.

2. 6. 2008 – 2. den hospitalizace, operační den

Ráno pacient provedl hygienickou očistu, byly mu provedeny bandáže obou DK. Byla podána premedikace: Oxazepam 10 mg 1tbl. p. os. v 6 hodin ráno a dále dle požadavku anesteziologa Arteoptic 1 gtt do obou očí. Zároveň byla zavedena periferní i. v. kanyla a v 7 hodin byla pacientovi podána antibiotika Zinacef 1,5 g a Metronidazol 500 mg i. v. V 8 hodin je pacient vyzván k sejmutí šperků a vyjmutí zubní protézy, je zkontrolována úplnost dokumentace a po aplikaci premedikace Dolsin 100 mg i. m. je pacient odvezen na operační sál.

Tam je mu zaveden epidurální katetr, který bude v pooperačním období sloužit k aplikaci analgetik. Dále je zaveden CVK cestou vena subclavia l. dx. a pacient je uveden do anestezie. Zaveden je rovněž permanentní močový katetr. Poté může začít operační výkon. Doba trvání operace byla od 9.15 do 12.30 hodin.

Popis operace

Byla provedena abdominoperineální amputace rekta dle Milese. Na operační stůl byl nemocný uložen do gynekologické polohy. Po přípravě operačního pole (dezinfekce a zarouškování pomocí jednorázového rouškovacího setu) byla provedena dolní střední laparotomie prodloužená nad pupek. Byla provedena revize dutiny břišní, nebyly hmatné zvětšené uzliny, játra bez metastáz. Dále byla provedena mobilizace esovité kličky nástřihem laterálního peritonea, vizualizovány oba močovody, proveden nástřih pánevního peritonea, pak byla zahájena skeletizace - postupně s amputátem byla odstraněna mesorektální tkáň s lymfatickými uzlinami, při preparaci byl používán přístroj Ligasure. Po dosažení pánevního dna byla ukončena břišní fáze operace, v závěru této fáze bylo přerušeno rektosigmoideum, dolní konec byl vsunut do malé pánve a provedena sutura peritonea pánevního dna, pak byla provedena profylaktická appendektomie. Potom byl vytvořen otvor pro stomii ve středu spojnice mezi spina iliaca anterior superior a pupkem, tímto otvorem byla protažena orální část sigmoidea. Po součtu nástrojů, roušek a osušek byla dutina břišní uzavřena pomocí pokračovacího stehu PDS loop a dále steh podkoží a kůže. Dále následovala perineální fáze. Bylo provedeno zaslepení řitního otvoru stehem a obříznutí řitního otvoru, dále postupně přerušena vrstva podkoží a svaloviny pánevního dna, kdy byl opět využíván přístroj Ligasure, posléze bylo dosaženo uvolnění celého amputátu a tento byl odstraněn. Do dutiny malé pánve byly vloženy dva Redonovy drény. Pak byla provedena sutura svalů – levátorů, podkoží a kůže. Na histologické vyšetření byl odeslán amputát – konečník a část esovité kličky s okolní tkání (tj. mesosigmoideum a mesorektum) a červovitý přívěsek. /18/

Po operačním výkonu byl pacient odvezen na JIP. Je u něj monitorován TK, P, TT, Sa O₂, dechová frekvence, stav vědomí a EKG a sledována sekrece z drénů. Je sledován příjem a výdej tekutin, infuze jsou podávány do CVK – kontinuálně Plasmalyte 250 ml/hod. Jako prevenci infekce dostává ATB po dobu 24 hodin po operaci – Zinacef 1,5 g i. v. a Metronidazol 500 mg i. v. Bolest je tlumena podáním analgezie do epidurálního katetru – Sufenta F 50 mg = 1 ml + Marcain 0,5 % 12,5 ml + FR 1/1 36,5 ml pomocí lékového dávkovače

rychlostí 5 – 7 ml/hod. a podáním Perfalganu 1 g i. v. po 6 hodinách. Při bolesti je možné podat bolus 8 ml – Sufenta F 2 ml + Marcain 0,5 % 2 ml + FR 1/1 4 ml maximálně 6x denně. Dále je podáván O₂ maskou rychlostí 6 l/min. Pacientovi jsou nabrány vzorky krve do hematologické a biochemické laboratoře. V 18 hodin je aplikován Clexane 0,4 ml. Je kontrolován stav operačních ran.

3. 6. 2008 – 3. den hospitalizace, 1. pooperační den

Péče o hygienu i stomii plně přebírají sestry. Současně se starají o funkčnost CVK a PK. Sleduje se příjem a výdej tekutin, hladiny krevních odběrů, sekrece z drénů a stav operačních ran. Monitorace zůstává stejná. Infuze do CVK jsou podávány dle ordinace lékaře. Nemocný byl lékařem informován o průběhu operace a o vyvedení stomie. Pacient byl poučen rehabilitační sestrou o správném pooperačním dechovém cvičení a polohování. Analgezie do epidurálního katetru beze změn, pacientovi vyhovuje. Po 8 hodinách je podáván Degan 1 amp. i. v., 1 x denně je aplikován Clexane 0,4 ml s. c. Pacient může přijímat čaj po lžičkách. O₂ je podáván brýlemi.

4. 6. 2008 – 4. den hospitalizace, 2. pooperační den.

Monitorace stejná, analgezie do epidurálního katetru pacientovi vyhovuje. Infuze podávány do CVK dle ordinace lékaře – Neonutrin 10%, Glukóza 10% + 12 j. Actrapidu, Plasmalyte, celkem 3 l za 24 hodin a dále Degan 1 amp.i. v. po 8 hodinách. Pacient přijímá per os čaj. Proveden převaz operačních ran, stomie zatím neodvádí. Invazivní vstupy zůstávají stejné. Vertikalizace s RHB sestrou. Z důvodu snížené hladiny hemoglobinu – 76 g/l ordinován Ferronat R tbl. 1 – 0 – 0, anemický syndrom pacient toleruje velmi dobře. K anemizaci u nemocného v pooperačním období docházelo postupně především hemodilucí, neprojevovalo se oběhové selhání ani jiné komplikace anemického syndromu. Proto v celém průběhu léčby nebylo nutné podat krevní transfuzi.

5. 6. 2008 – 5. den hospitalizace, 3. pooperační den

Monitorace stejná, zastavena analgezie do epidurálního katetru. Jinak terapie stejná, stomie odvádí plyny, per os možno přijímat tekutou dietu. Provedeny převazy operačních ran. Chůze s RHB sestrou.

6. 6. 2008 – 6. den hospitalizace, 4. pooperační den

Stomie odvádí plyny, stolici zatím ne. Pacient přijímá tekutou dietu. Je kontrolován krevní obraz. Monitorace zůstává stejná, operační rány jsou převázány, jsou odstraněny oba Redonovy drény. Z medikace zůstává pouze 1x denně Clexane 0,4 ml s. c., p. o. Ferronat R a Arteoptic 1 gtt do očí. Infuze jsou podány dle ordinace lékaře. Jsou známy výsledky histologie – jednalo se o exulcerovaný gelatinózní karcinom, v operačním preparátu bylo nalezeno 12 lymfatických uzlin, v nichž nebyly zjištěny nádorové struktury.

7. 6. 2008 – 7. den hospitalizace, 5. pooperační den

Stomie odvádí plyny a objevuje se první stolice. Dieta kašovitá. Epidurální katetr i CVK jsou odstraněny, infuze už nejsou podávány. Je odstraněn permanentní močový katetr. Operační rány se hojí per primam. Pacient se cítí dobře, je přeložen na standardní chirurgické oddělení. O hygienu pečuje sám, chodí bez dopomoci. Výsledky ranních odběrů – hladina hemoglobinu mírně stoupá – 79 g/l. Medikace zůstává stejná. Bolest je tlumena podáváním injekce Ketonalu 1 amp. i. m. 3 krát denně. O stomii nadále pečují sestry. Pacient se zatím se svou stomií nevyrovnal, nechá si vysvětlit, jak o ni pečovat, ale tvrdí, že sám péči provádět nebude, že se to naučí manželka.

8. 6. 2008 – 8. den hospitalizace, 6. pooperační den

Stomie je klidná, odvádí řídkou stolici. Pacient močí sám bez obtíží, je bez infuzí, dieta kašovitá. Převazy ran 1x denně, hojí se per primam. Medikace stejná.

9. 6. 2008 – 9. den hospitalizace, 7. pooperační den

Pacient se cítí dobře, bolesti nemá, pasáž obnovena, afebrilní, kardiopulmonálně kompenzovaný, operační rána na břicho i na perineu klidná, dieta kašovitá. Dnes je naposled podán Clexane s. c. a do medikace přidán Anopyrin 100 mg 1x denně p. o. Sestry vysvětlují pacientovi, jak pečovat o stomii – ve spolupráci se stomasestrou. Je edukován nemocný i jeho manželka.

10. – 12. 6. 2008 – 10. – 12. den hospitalizace, 8. – 10. pooperační den

Stav pacienta beze změn, přijímá pevnou stravu, dietu č. 4. V popředí je edukace pacienta při nácviku péče o stomii, jeho informování o nutných změnách ve výživě a v celkovém životním stylu. Vše ve spolupráci s rodinou pacienta. Nemocný již péči o stomii neodmítá a sám se učí měnit si stomický sáček. Postupně se zlepšuje hladina hemoglobinu – 81 g/l.

13. 6. 2008 – 13. den hospitalizace, 11. pooperační den

Pacient zvládá sám výměnu stomického sáčku. Edukován, jak doma postupovat, je propuštěn do domácí péče. Do tří týdnů se pacient dostaví na kontrolu na onkologii a pravidelně bude sledován v gastroenterologické poradně. Odchází vybaven stomickými pomůckami pro nejbližší období. Nemocný se vyrovnal se stomií, začal ji chápat jako součást svého těla a nečiní mu problém hovořit o stomii s druhými lidmi.

2. 2 .6 Farmakoterapie

Anopyrin

Indikační skupina: antikoagulancia, antiagregancia

Indikace: tlumí shlukování trombocytů a tím předchází vzniku krevních sraženin, sekundární prevence infarktu myokardu a CMP

Nežádoucí účinky: krvácivé projevy, obtíže trávicího traktu (dyspeptické obtíže, může dojít k žaludečním erozím a u citlivých jedinců mohou vzniknout žaludeční vředy), poruchy krve tvorby

Atoris

Indikační skupina: hypolipidemikum

Indikace: léčba hyperlipoproteinémií

Nežádoucí účinky: obtíže zažívacího traktu (nauzea, pyróza, zácpa nebo průjem)

Arteoptic

Indikační skupina: oftalmologikum, antiglaukomatikum

Indikace: zvýšený nitrooční tlak u oční hypertenze, chronický glaukoms otevřeným úhlem

Nežádoucí účinky: mírná lokální reakce, snížená tepová frekvence, srdeční slabost až mdloba, bronchospasmus

Clexane

Indikační skupina: antitrombotikum, antikoagulans

Indikace: profylaxe tromboembolické nemoci

Nežádoucí účinky: mohou se objevit krvácivé projevy, trombocytopenie, kožní a celková alergická reakce

Degan

Indikační skupina: antiemetikum, antivertiginózum

Indikace: nauzea a vomitus různého původu, profylaxe pooperační nauzey a zvracení

Nežádoucí účinky: výjimečně únava, nauzea, neklid

Dolsin

Indikační skupina: analgetika – anodyna

Indikace: tlumení středně silných až silných bolestí, premedikace před celkovou anestezií

Nežádoucí účinky: ovlivnění dechového centra, mióza, zvýšený tonus GIT

Enelbin retard

Indikační skupina: vazodilatans

Indikace: poruchy periferního a centrálního prokrvení a buněčného metabolismu

Nežádoucí účinky: nevolnost, vzácně bolesti hlavy, únava

Ferronat retard

Indikační skupina: antianemikum

Indikace: sideropenie jakéhokoli původu, účelem léčby železem je normalizovat hodnoty hemoglobinu a doplnit vyčerpané tkáňové zásoby železa

Nežádoucí účinky: nauzea, tlak v žaludku, nechutenství, průjem, zácpa

Fyziologický roztok

Infuzní roztok, izotonický 0,9 % roztok NaCl

Indikace: použití jako vehikulum nebo rozpouštědlo léčiv pro parenterální podání

Nežádoucí účinky: při běžné léčbě se neočekávají nežádoucí účinky

Frontin

Indikační skupina: anxiolytikum

Indikace: k léčbě střední až silné úzkosti, krátkodobá terapie nespavosti způsobené úzkostí

Nežádoucí účinky: únava, bolesti hlavy

Glukóza 10%

Infuzní roztok

Indikace: je podávána jako zdroj energie

Nežádoucí účinky: při řádném dodržování indikací, kontraindikací a dávkování nejsou nežádoucí účinky známy

Marcain

Indikační skupina: lokální anestetikum

Indikace: dlouhodobě účinné lokální anestetikum vhodné k epidurální anestezii

Nežádoucí účinky: alergie, je nezbytné vyhnout se intravaskulární aplikaci, která je spojena s akutní toxickou reakcí

Metronidazol

Indikační skupina: chemoterapeutikum

Indikace: infekce vyvolané anaeroby, profylaxe před výkony na tlustém střevě

Nežádoucí účinky: teratogenní účinky, nauzea, zvracení, kovová chuť v ústech

Neonutrin 10%

Infuzní roztok

Indikace: infuzní roztok aminokyselin k zajištění optimální stimulace proteosyntézy a tím i příznivé dusíkové bilance

Nežádoucí účinky: výjimečně nauzea, zvracení

Oxazepam

Indikační skupina: anxiolytikum

Indikace: zmírnění nervozity, napětí, neklidu, úzkosti

Nežádoucí účinky: bývá dobře snášen, může se vyskytnout únava, ospalost

Perfalgan

Indikační skupina: analgetikum – antipyretikum

Indikace: k léčbě středně těžkých bolestí, zejména po chirurgických zákrocích

Nežádoucí účinky: vzácné, neklid, pokles TK, abnormální hodnoty jaterních testů, alergie

Plasmalyte

Infuzní roztok

Indikace: podává se k náhradě tekutin během a po chirurgickém výkonu

Nežádoucí účinky: při řádném dodržování indikací, kontraindikací a dávkování nejsou nežádoucí účinky známy

Sufenta F

Indikační skupina: analgetikum – anodynum

Indikace: podává se epidurálně při léčbě pooperačních bolestí

Nežádoucí účinky: mělké dýchání, hypotenze, bradykardie, nevolnost

Zinacef

Indikační skupina: antibiotikum

Indikace: baktericidní cefalosporinové antibiotikum s účinkem na široké spektrum grampozitivních i gramnegativních mikro-organismů a rezistentní vůči většině betalaktamáz, podává se jako profylaxe infekce v břišní chirurgii

Nežádoucí účinky: alergie, jinak je toxicita nízká /13/

3. Ošetrovateľská časť

3.1 Úvod

O pana J. K. jsem pečovala na standardním chirurgickém oddělení od 5. pooperačního dne, kdy byl přeložen z jednotky intenzivní péče na standardní oddělení, až do jeho propuštění. Pro ošetrovateľskou anamnézu a zhodnocení pacienta jsem využila Model základní ošetrovateľské péče Virginie Henderson. Při realizaci ošetrovateľské péče jsem použila metodu ošetrovateľského procesu. Ošetrovateľské diagnózy jsem stanovila ve spolupráci s pacientem a seřadila je podle naléhavosti. Vzhledem k omezenému rozsahu této práce uvádím zpracované ošetrovateľské diagnózy pouze k 5. pooperačnímu dni.

3.2 Teorie ošetrovateľského procesu

Ošetrovateľský proces je spôsob poskytování ošetrovateľské péče, který umožňuje provádět prevenci onemocnění, snižovat jejich negativní důsledky, nacházet a uspokojovat potřeby lidí s porušeným zdravím a podporovat co možná největší samostatnost těchto lidí v péči o sebe sama. Je to racionální a systematická metoda práce, která umožňuje nemocným podílet se na rozhodování o vlastní péči a zároveň tato péče může být individualizovaná, přizpůsobená potřebám konkrétního nemocného. Ošetrovateľský proces má pět na sebe navazujících fází, které se zároveň prolínají. První fází je **posouzení pacienta**, kdy sestra sbírá informace o nemocném, týkající se jeho potřeb. Používá metodu rozhovoru s nemocným, případně s jeho příbuznými, fyzikálního vyšetření, pozorování, studium zdravotnické dokumentace i konzultace s dalšími odborníky. Druhou fází je **stanovení ošetrovateľské diagnózy**, která je stanovena na základě získaných informací a je vyjádřením aktuálních nebo potenciálních problémů klienta. Třetí fází ošetrovateľského procesu je **plánování**, které zahrnuje stanovení cílů a plánování ošetrovateľských intervencí. Cíle mohou být krátkodobé nebo dlouhodobé, mají být stanoveny ve spolupráci s pacientem a formulovány tak, aby byly

jednoznačné, pozorovatelné, měřitelné, zaměřené na pacienta, reálné a časově ohraničené. Ošetrovatelské intervence zahrnují činnosti, které vedou ke splnění ošetrovatelských cílů. Poté je třeba s plánem seznámit pacienta i ostatní členy ošetrovatelského týmu. Čtvrtou fází ošetrovatelského procesu je **realizace** naplánovaných ošetrovatelských intervencí tak, aby přinesly nemocnému co největší přínos. Péči je třeba poskytovat podle dostupných vědeckých poznatků a standardů, individuálně podle potřeb pacienta, dbát na to, aby péče byla bezpečná, uplatňovat holistický přístup a respektovat důstojnost člověka, poskytovat nemocnému podporu, edukovat ho a podporovat v aktivní účasti na péči o své zdraví. Pátou fází je **hodnocení** ošetrovatelské péče, zjišťujeme, zda byly splněny stanovené cíle. Pokud ano, proces se ukončí. Pokud ne, plán se přehodnotí a celý proces pokračuje. Ošetrovatelský proces umožňuje sestře být kreativní při poskytování ošetrovatelské péče, dává jí možnost pracovat systematicky a usnadňuje jí řešení problémů při ošetrování nemocných. /26, 27/

3. 3 Model Virginie Henderson

Modely a teorie ošetrovatelství hledají a ukazují cesty, jak dosáhnout ošetrovatelské cíle, charakterizují vztahy mezi metaparadigmatickými koncepcemi, to je zdravím, prostředím, osobou a ošetrovatelstvím. Pomáhají sestřám lépe pochopit souvislosti zjištěných problémů, snadněji plánovat ošetrovatelskou péči i zjišťovat výsledky intervencí. Proto se v praxi ošetrovatelské teorie a modely používají ve spojitosti s ošetrovatelským procesem. /23/

Model Virginie Henderson patří mezi humanistické modely, které vycházejí z principů humanismu, respektování lidských práv a práv pacientů. Jejich charakteristickými rysy jsou empatie, soucit, úcta k člověku, akceptace autonomie a svobody jedince. /23/

Virginia Henderson žila v letech 1897 – 1996 v USA, byla sestrou, učitelkou, zabývala se výzkumem v ošetrovatelství, podílela se na činnosti American Nursing Association i Mezinárodní rady sester. V roce 1960 publikovala „Základní principy ošetrovatelské péče“, kde definovala svou teorii. Podle této teorie má každý jedinec základní potřeby, které jsou všem lidem společné, ale každý člověk je interpretuje individuálně. Základní ošetrovatelská péče se skládá ze stejných identifikovatelných prvků, které by měly být modifikovány a uspokojovány pomocí různých prostředků odpovídajících požadavkům konkrétního člověka. Ošetrovatelská péče je tedy odvozována z lidských potřeb. Podle Virginie Henderson je jedinečnou funkcí sestry „pomáhat zdravému nebo nemocnému jedinci vykonávat činnosti, které přispívají ke zdraví nebo k uzdravení (či k pokojné smrti) a které by jedinec vykonával bez pomoci, kdyby měl potřebnou sílu, vůli nebo znalost.. Je třeba tuto funkci vykonávat takovým způsobem, který jedinci pokud možno co nejrychleji pomůže získat nezávislost.” /9/ Základní ošetrovatelská péče je více než diagnózou ovlivňována určitými příznaky, věkem, kulturní výchovou, emocionální rovnováhou a fyzickými a duševními schopnostmi jedince. I když mají lidé stejnou diagnózu, péče o ně může být naprosto odlišná. Lidé jsou tvořeni čtyřmi základními složkami – biologickou, psychickou, sociální a spirituální. Všem lidem je vlastních čtrnáct elementárních potřeb:

1. normální dýchání
2. dostatečný příjem potravy a tekutin
3. vylučování
4. pohyb a udržování vhodné polohy
5. spánek a odpočinek
6. vhodné oblečení, oblékání a svlékání
7. udržování fyziologické tělesné teploty
8. udržování upravenosti a čistoty těla

9. odstraňování rizik z životního prostředí a zabraňování vzniku poškození sebe i druhých
10. komunikace s jinými osobami, vyjadřování emocí, potřeb, obav, názorů
11. vyznávání vlastní víry
12. smysluplná práce
13. hry nebo účast na různých formách odpočinku a rekreace
14. učení, objevování nového, zvědavost, která vede k normálnímu vývoji a zdraví

Od těchto potřeb je odvozeno čtrnáct komponent základní ošetrovatelské péče:

1. pomoc nemocnému normálně dýchat
2. pomoc nemocnému při příjmu potravy a tekutin
3. pomoc nemocnému při vylučování
4. pomoc nemocnému při udržování optimální polohy (chůze, sezení, ležení, změna polohy)
5. pomoc nemocnému při spánku a odpočinku
6. pomoc nemocnému při výběru vhodného oděvu, při oblékání a svlékání
7. pomoc nemocnému při udržování tělesné teploty ve fyziologickém rozmezí (oděv, prostředí)
8. pomoc nemocnému při udržování tělesné čistoty, upravenosti a ochraně pokožky
9. pomoc nemocnému vyvarovat se nebezpečí z okolí a předcházet zranění sebe i druhých

10. pomoc nemocnému při komunikaci s ostatními, při vyjadřování potřeb, emocí, pocitů a obav
11. pomoc nemocnému při vyznávání jeho víry
12. pomoc nemocnému při práci a produktivní činnosti
13. pomoc nemocnému při odpočinkových a rekreačních aktivitách
14. pomoc nemocnému při učení, při objevování, uspokojování zvědavosti (což vede k normálnímu vývoji a zdraví)

Sestra pomáhá jedinci při uspokojování jeho čtrnácti základních potřeb, avšak rozhodovat a jednat za pacienta může jen v případě jeho úplné závislosti. Čím dříve se člověk dokáže starat sám o sebe či dokonce provádět předepsanou léčbu, tím je jeho stav lepší. /9, 23/

3. 4 Ošetřovatelská anamnéza

Údaje k ošetřovatelské anamnéze jsem zjišťovala 5. pooperační den v 10.00 hodin, kdy byl pacient přeložen z jednotky intenzivní péče na standardní chirurgické oddělení. Při jejím zpracování jsem použila model Virginie Henderson. Jako zdroj informací jsem využila rozhovor s nemocným i jeho rodinou, pozorování a údaje z lékařské i ošetřovatelské dokumentace. Pacient je po amputaci rekta, má vyvedenou terminální sigmoideostomii, která první den odvádí stolici. Operační rány se hojí per primam. 5. pooperační den byl odstaněn CVK, epidurální katetr a permanentní močový katetr. Pacient přijímá kašovitou dietu. Odmítá sám pečovat o stomii, dosud se s touto skutečností nevyrovnal.

Tabulka č. 2 - Základní informace o nemocném – 5. pooperační den

Iniciály	J. K.
Pohlaví	Muž
Stav	Ženatý
Sociální postavení	Důchodce, žije s manželkou ve dvoupokojovém bytě v panelovém domě
Pracovní anamnéza	Dříve pracoval jako automechanik
Rodinná anamnéza	Matka zemřela na CMP v 74 letech, otec se dožil 85 let, vážněji nestonal, sestra zemřela v 62 letech na karcinom prsu, dvě dcery zdravé
Alergická anamnéza	Negativní
Abusus	Nekouří, alkohol příležitostně
Hmotnost	84 kg, BMI 27,12 - nadváha
Výška	176 cm
Diagnóza	Karcinom rekta, stav po abdominoperineální amputaci rekta dle Milese Stav po CMP v roce 2001 v plné remisi Dyslipidémie Anemický syndrom sekundární Glaukom

Medikace	<p>Ferronat R tbl. 1-0-0 p. o.</p> <p>Clexane 0, 4 ml s. c. v 18.00 hod.</p> <p>Arteoptic 2% 1 gtt. do očí 2 krát denně v 9.00 a 21.00hod</p> <p>Ketonal 1 amp. i. m. 3 krát denně v 6.00, 14.00, 21.00 hod</p>
Den hospitalizace	7. den
Pooperační den	5. den
Přeložen z JIP	1. den
Krevní tlak	120/70 mmHg
Pulz	80/min. , pravidelný, dobře hmatný
Dýchání	15 dechů za minutu, pravidelné, normální hloubka
Saturace krve O ₂	98 % v 6.00 hod. ráno
Tělesná teplota	36, 5 °C v 6.00 hod.
Vědomí	lucidní, orientován, komunikuje bez potíží
Stav kůže	<p>v levém hypogastriu vyvedena sigmoideostomie</p> <p>na břiše operační rána šitá, hojící</p>

	se per primam na perineu operační rána šitá, hojící se per primam
Centrální venózní katétr	zaveden v den operace odstraněn dnes v 8.00 hod.
Periferní žilní katetr	zaveden v den operace, odstraněn 2. pooperační den
Permanentní močový katetr	zaveden v den operace odstraněn dnes v 8.00 hod. nemocný dostatečně spontánně močí
Epidurální katétr	zaveden v den operace odstraněn dnes v 8.00 hod.
Drény	při operaci vloženy dva Redonovy drény do malé pánve odstraněny oba 4. pooperační den
Dieta	kašovitá, dnes 1. Den
Stomie	odvádí stolicí dnes 1.den, plyny již 3. den
Bolest	hodnocena dle vizuální analogové škály bolesti – příloha č. 4
Soběstačnost	hodnocena dle Barthel score – příloha č. 1 – 85 bodů (lehká závislost)
Riziko dekubitů	hodnoceno dle Northonové – příloha č. 2 – 29 bodů (není riziko dekubitů)

Riziko pádu	Příloha č. 3 – 2 body (riziko pádu nehrozí)
-------------	---

1. Pomoc nemocnému normálně dýchat

V předoperačním období pan J. K. potíže s dýcháním neměl, pouze se mírně zadýchával při chůzi do schodů. Nikdy nekouřil.

Pan J. K. v současné době spontánně ventiluje, nepotřebuje aplikaci kyslíku, saturace krve kyslíkem byla měřena na jednotce intenzivní péče v 6 hodin ráno – 98 %. Frekvence dechů je 15 za minutu, dýchání má normální hloubku a je pravidelné. Kašel ho netrápí. Vzhledem k tomu, že pociťuje jen občasnou mírnou bolest, neovlivňuje ani ta jeho dýchání. Pooperační anémii dobře kompenzuje, nevede k dechovým potížím. V souvislosti s dýcháním pacienta trápí pouze zápach, který pocítil ráno při výměně stomického sáčku, ve kterém se objevila první stolice.

2. Pomoc nemocnému při jídle a pití

Pan J. K. byl zvyklý na stravu bohatou na živočišné tuky. Měl rád maso a uzeniny, k jeho nejoblíbenějším jídlům patřilo vepřo, knedlo, zelo a smažený řízek. Také měl rád klobásy a k jeho zálibám patřilo grilování na zahrádce, kde měl zároveň udírnu a připravoval uzené maso. Naopak jedl velmi málo ovoce, o něco více zeleniny, k celozrnnému pečivu měl odpor. Tekutin přijímal vždy kolem dvou litrů denně, alkohol pouze příležitostně. Pil hlavně minerální vody s příchutí nebo vodu se šťávou. Mléko mu příliš nechutná. Podle jeho slov bude pro něj velkým problémem změnit své dlouholeté stravovací návyky. Jeho BMI je 27,12, což znamená nadváhu. Pacient má horní i dolní zubní protézu.

Pátý pooperační den přijímá pacient kašovitou dietu. Je za to rád, neboť tekutá dieta mu nechutnala. Chuť k jídlu má. Zatím nemá přesnou představu o dietě, kterou bude muset dodržovat z důvodu vyprazdňování do stomie. Na jednotce intenzivní péče mu bylo vysvětleno, že zatím nemá jíst pevnou stravu a že má přijímat dostatek tekutin. Vypije denně přibližně dva litry čaje nebo neperlivé minerální vody a asi 250 ml ovocného džusu. Pacient má odstraněny invazivní vstupy, nedostává tedy již žádnou parenterální výživu.

3. Pomoc nemocnému při vyměšování

Před onemocněním se pan J. K. vyprazdňoval pravidelně jednou denně. Asi šest měsíců před operací se objevovala čerstvá krev ve stolici, což přisuzoval krvácení z hemoroidů. Jiné příznaky onemocnění nezaznamenal. S močením pan J. K. nikdy potíže neměl.

Vzhledem k amputaci konečníku a vyvedení trvalé kolostomie se bude muset pan J. K. vyprazdňovat do kolostomického sáčku. Tuto skutečnost věděl už před operací, je však pro něj velice těžké se s ní vyrovnat. Pacient říká, že o stomii nikdy sám pečovat nebude, že se to naučí manželka. Odmítá se na svou stomii podívat. Stomie dnes, tedy 5. pooperační den, začala odvádět stolicí, která je zatím tekutého charakteru. Od rána se ve stomickém sáčku objevilo 300 ml. Ráno byl pacientovi odstraněn permanentní močový katetr, který měl zavedený ode dne operace, to je 6. den. Pan J. K. v době odebrání anamnézy, tedy 2 hodiny po odstranění močového katetru, dosud nemočil, udává však, že začíná cítit nucení na močení. Dle informací z ošetrovatelské dokumentace žádné potíže v době, kdy měl pan J. K. zavedený močový katetr, k žádným potížím s odchodem moči nedošlo, katetr odváděl dostatečné množství čiré moči. Nemocný byl bez známek zánětu.

4. Pomoc nemocnému při udržování optimální polohy (chůze, sezení, ležení, změna polohy)

V době před operací žádné potíže při udržování polohy neměl.

Pan J. K. chodí sám bez dopomoci, dojde si do koupelny, na toaletu a prochází se po pokoji. Bolest pociťuje při vstávání z lůžka. Byl poučen o správném vstávání tak, aby nezapojoval břišní lis. Při pohybu na lůžku provádí lehkou kompresi operační rány. Se sezením má pacient potíže z důvodu operační rány na perineu, nevydrží sedět delší dobu. Ale po dobu podávání jídla to zvládne. Při vstávání z lůžka na jednotce intenzivní péče se mu občas „zamotala hlava“, byl poučen, že má vstávat pomalu a nejdříve chvíli sedět. Riziko vzniku dekubitů není, bylo posouzeno podle stupnice Nortonové a ohodnoceno 29 body – viz příloha č. 2.

5. Pomoc nemocnému při spánku a odpočinku

Před onemocněním pan J. K. potíže se spánkem neměl. Usínal vždy bez problémů, spal 7 – 8 hodin denně a probouzel se odpočatý. Hypnotika nikdy neužíval. Ani v době, kdy se objevovaly příznaky onemocnění, nepociťoval nadměrnou únavu.

Na jednotce intenzivní péče spal pan J. K. špatně, často se budil a cítil se unavený. Budil ho ruch na oddělení, zvuky infuzních pump a monitorů. Po přeložení na standardní oddělení se těší, že se vyspí lépe. Podle jeho slov souvisí potíže se spánkem také s obavami z budoucnosti, z toho, jak zvládne život se stomií a jak se bude vyvíjet nádorové onemocnění. Bolest v současné době na kvalitu spánku vliv nemá, nemocný dostává Ketonal 1 ampuli intramuskulárně třikrát denně a pociťuje jen mírnou bolest při vstávání z lůžka – hodnotí ji stupněm 3 na vizuální analogové škále bolesti. Během dne pacient odpočívá na lůžku, čte noviny, diskutuje se spolupacienty, věnuje se návštěvě manželky. Ve dne nemocný neusíná.

6. Pomoc nemocnému při výběru vhodného oděvu, při oblékání a svlékání

Doma neměl pan J. K. s oblékáním problémy. V zaměstnání nosil pracovní oděv, při práci na zahrádce také. V tomto oblečení se cítil nejlépe. Jinak preferoval oděv sportovního typu.

V současné době nosí pacient na sobě nemocniční pyžamo, které mu vyhovuje. Pan J. K. sám dbá na to, aby si ho v případě potřeby vyměnil za čisté. K dispozici má také vlastní župan. Pomoc při oblékání nepotřebuje, vše zvládá sám. Vyjadřuje obavy, zda po propuštění z nemocnice nebude pod oblečením viditelný stomický sáček a zda nebude docházet ke znečištění oděvu obsahem stomie.

7. Pomoc nemocnému při udržování tělesné teploty ve fyziologickém rozmezí (oděv, prostředí)

Ranní tělesná teplota pacienta byla 36,5 °C. Teplota bude dále měřena dvakrát denně. Po operaci měl pan J. K. subfebrilie, teplota nikdy nevystoupila nad 38°C. Pan J. K. má raději chladnější prostředí, je zvyklý hodně větrat. Shodl se na tom i se dvěma spolupacienty na pokoji, takže by v této oblasti neměl vzniknout problém.

8. Pomoc nemocnému při udržování tělesné čistoty, upravenosti a ochraně pokožky

Doma pan J. K. neměl žádné problémy s udržováním tělesné čistoty a upravenosti, dbal na to, aby byl vždy oholený a čistý. Se stavem pokožky rovněž potíže neměl.

V pooperačním období se pan J. K. umýval, nejprve za asistence sester, později sám, u umyvadla připraveného u lůžka. První den na standardním oddělení se umyje v koupelně u umyvadla, sprcha zatím vzhledem k operační ráně není vhodná. Panu J. K. sprcha chybí, domlouváme se, že zítra bude již možné se po dohodě s lékařem osprchovat, včetně umytí vlasů. Hygienickou péči pacient zvládá sám, dopomoc nepotřebuje. Zuby si čistí dvakrát denně a holí se jednou denně ráno. Nehty si stříhá jednou týdně. Kůže nemocného je dostatečně hydratovaná. Nejvíce ho trápí vyvedená kolostomie, má pocit nečistoty. Integrita kůže je porušena také z důvodu operačních ran na břicho a na perineu. Obě jsou šité, granulující, hojící se per primam, jsou kryté sterilními mulovými čtverci. Nemocný již nemá zavedeny žádné invazivní vstupy. Dvakrát denně, vždy po ranní a večerní hygieně, bude prováděna masáž zad masážní emulzí. Dle Barthelova score základních všedních činností bylo zjištěno bodové skóre 85, což znamená lehkou závislost – viz příloha č. 1.

9. Pomoc nemocnému vyvarovat se nebezpečí z okolí a předcházet zranění sebe i druhých

Pan J. K. je orientovaný, lucidní, v novém prostředí se orientuje dobře. Navíc na stejném pokoji ležel i v době předoperační přípravy. U lůžka má umístěno signalizační zařízení, aby si mohl v případě potřeby přivolat pomoc. Riziko ohrožení nemocného spočívá především v nebezpečí zanesení infekce do operačních ran, proto je nutné dodržovat aseptický postup při provádění převazů a rovněž nekontaminovat operační ránu při výměně stomického sáčku. Riziko pádu nemocnému nehrozí, dle hodnocení rizika pádu – viz příloha č. 3, kdy bylo posouzeno 2 body.

10. Pomoc nemocnému při komunikaci s ostatními, při vyjadřování potřeb, emocí, pocitů a obav

Vzhledem k tomu, že je pan J. K. komunikativní, extrovertní člověk, nečinilo mu nikdy vyjadřování emocí potíže. Měl kolem sebe také vždy dost přátel a

dobré rodinné vztahy. Nikdy si však nepřipouštěl možnost, že ho postihne tak závažné onemocnění. I CMP, která ho potkala před několika lety, zvládl bez následků.

Pan J. K. je jasného vědomí, orientován časem, místem i osobou. Jeho řeč je plynulá, komunikuje bez potíží. Slyší dobře, nosí brýle na čtení. Má glaukom, ale závažnější potíže nemá, pravidelně užívá Arteoptic gtt. do obou očí. Je schopen sdělit své potřeby, požádat o vysvětlení a o pomoc. Pan J. K. vyjadřuje obavy z toho, jak zvládne péči o stomii v domácím prostředí, spoléhá v tomto ohledu na pomoc manželky, se kterou mají hezký vztah. S nádorovým onemocněním, které ho postihlo, se podle svých slov vyrovnal, uklidnilo ho i sdělení lékaře o výsledku operace. Problém má však s přijetím kolostomie, se kterou se zatím nevyrovnal a pociťuje k ní odpor. Se spolupacienty nemocný vychází dobře, ke konfliktům s personálem nedošlo. Pan J. K. má snahu spolupracovat, nechá si vysvětlit informace týkající se jeho onemocnění, ale zatím se odmítá podílet na péči o stomii s tím, že se to naučí manželka. Zároveň se svěřil s obavami z toho, že okolí bude mít k němu odpor z důvodu možného zápachu, neschopnosti ovládat odchod plynů a stolice, případně viditelnosti stomického sáčku pod oděvem.

11. Pomoc nemocnému při vyznávání jeho víry

Pan J. K. je ateista, v boha nevěří, není žádného náboženského vyznání. Úvahami nad smyslem života se nikdy příliš nezabýval, bral život takový, jaký je. Hlavními hodnotami v životě je pro něj rodina a dobré vztahy s přáteli. Význam těchto hodnot si znovu uvědomil v souvislosti s nádorovým onemocněním, kdy mu po celou dobu nemoci byla rodina oporou a zároveň motivací k léčbě.

12. Pomoc nemocnému při práci a produktivní činnosti

Pan J. K. je starobní důchodce, dříve pracoval jako automechanik. Nyní se těší, až bude moci po návratu z nemocnice opět pracovat na zahrádce, což byl jeho koníček. Zatím se cítí unavený, ale věří, že se brzy zvládne k zahrádkaření vrátit. Je mu jasné, že zpočátku bude muset provádět jen fyzicky nenáročné činnosti, ale doufá, že po čase ho stomie při práci výrazně omezovat nebude.

V nemocnici se pan J. K. soustředil na zvládnutí obtíží spojených s operačním zákrokem.

13. Pomoc nemocnému při odpočinkových a rekreačních aktivitách

Tento bod anamnézy souvisí s bodem předchozím, pro pana J. K. je práce na zahrádce jeho koníčkem, odpočinkem i rekreací. Dále se rád věnuje svým vnoučatům, na které se velmi těší. Rovněž pravidelně sleduje denní tisk a zprávy v televizi, u které tráví nejčastěji domácí večery. Televizi chce sledovat i v nemocnici, rodina mu přinese televizní přijímač, který bude moci sledovat na pokoji. Spolupacienty tato zpráva potěšila.

14. Pomoc nemocnému při učení, při objevování, uspokojování zvědavosti (což vede k normálnímu vývoji a zdraví)

Pana J. K. nikdy příliš nebavilo školní vzdělávání. Byl ale manuálně zručný, práce automechanika ho bavila, právě tak jako kutilství. Byl vždy praktický a šikovný. O edukační materiály týkající se jeho onemocnění neprojevil velký zájem.

Během pobytu v nemocnici byl nemocný průběžně edukován. O edukační materiály týkající se jeho onemocnění neprojevil velký zájem, přijatelnější pro

něj bylo ústní sdělení a praktická ukázka. Péči o stomii se zatím učit odmítá, nechává vše na manželce.

3. 5 Ošetrovatelské diagnózy

Stanovené dne 7. 6. 2008 v 10.00 hodin, 5. den po operaci, v 10.00 hodin, kdy byl pacient přeložen z JIP na standardní chirurgické oddělení. Hodnocení bylo provedeno druhý den v 10.00 ráno, tedy za 24 hodin.

Krátkodobé ošetrovatelské diagnózy

AKTUÁLNÍ

1. Bolest z důvodu operační rány
2. Porucha integrity kůže z důvodu operační rány a kolostomie
3. Porucha přijetí vzhledu vlastního těla z důvodu kolostomie
4. Omezení soběstačnosti v oblasti vyprazdňování z důvodu nově vyvedené kolostomie
5. Nedostatek informací o dietním režimu z důvodu kolostomie
6. Nedostatek spánku z důvodu změny prostředí, reakce na psychický stres a bolesti
7. Změna ve vyprazdňování stolice v důsledku vytvoření kolostomie

POTENCIÁLNÍ

1. Riziko vzniku infekce u důvodu operační rány
2. Riziko vzniku sociální izolace z důvodu obav z vyprazdňování do stomie
3. Riziko vzniku TEN z důvodu pooperačního stavu
4. Riziko poruchy vyprazdňování moči z důvodu čerstvě odstraněného permanentního močového katetru

Aktuální krátkodobé diagnózy

Diagnóza č. 1: Bolest z důvodu operační rány

Cíl:

- nemocný nebude udávat po celý den podle vizuální analogové škály bolesti se stupnicí 1 – 10 bolest vyšší než 3
- pacient bude vstávat z lůžka bez výrazné bolesti
- pacient vydrží sedět na židli po dobu podávání stravy

Plán:

- zjistit lokalizaci, vyzařování a charakter bolesti, její změny v průběhu dne, zhodnotit intenzitu bolesti podle vizuální analogové škály bolesti

- zhodnotit s panem J. K. dosavadní účinek léčby bolesti
- podávat analgetika dle ordinace lékaře, sledovat a zaznamenávat jejich účinek
- vysvětlit nemocnému, jak vstávat z lůžka, aby nedocházelo k zapojování břišního lisu
- zhodnotit s panem J. K. schopnost sezení na židli
- vysvětlit panu J. K., jak najít úlevovou polohu
- nemocnému příčinu bolesti
- akceptovat bolest tak, jak ji nemocný udává

Realizace: U pana J. K. jsme lokalizovali bolest v místě operačních ran na břicho i na perineu. Na vizuální analogové škále bolesti 1 – 10 pacient udává bolest rány na břicho 3 při vstávání z lůžka a rovněž při delším sezení u operační rány na perineu. Krátkodobé sezení, například v době podávání stravy, nemocný toleruje. Jedná se o bolest ostrou, nevyzařující do okolí. V klidu ani při chůzi pacient bolest nepocítuje. Poučila jsem pana J. K. o zásadách vstávání z lůžka. Podle ordinace lékaře jsem pacientovi podávala injekci Ketonalu do svalu třikrát denně. Dále jsem panu J. K. vysvětlila, jak zaujmout úlevovou polohu na lůžku, upozornila jsem ho, aby při otáčení na bok, případně při kašli prováděl mírnou kompresi operační rány. S dosavadní léčbou bolesti je pacient spokojen.

Hodnocení: Pan J. K. hodnotil po poučení bolest při vstávání z lůžka jako 2 na stupnici 1 – 10, došlo tedy ke zmírnění bolesti. Dokázal rovněž s přidržením operační rány měnit polohu na lůžku, bolest hodnotil také stupněm 2. Při delším sezení na židli udával stupeň 3. V klidu nemocný bolest nepocíťoval. Cílů bylo splněno.

Diagnóza č. 2: Porucha integrity kůže z důvodu operační rány a kolostomie

Cíl:

- operační rána se bude hojit per primam
- kolostomie bude bez viditelných komplikací, střevní sliznice bude bez zarudnutí, okolí stomie klidné

Plán:

- sledovat proces hojení ran, popsat obě operační rány
- udržovat okolí ran v čistotě, zabránit kontaminaci operační rány na břiše stolicí z kolostomie
- provádět pravidelné převazy operačních ran
- dodržovat zásady asepse při ošetřování ran
- sledovat známky zánětu, TT měřit dvakrát denně
- provádět výměnu kolostomického sáčku dle potřeby
- sledovat okolí stomie i střevní sliznici
- dodržovat šetrný postup při ošetřování stomie a jejího okolí
- provádět řádnou hygienu, kůži dostatečně osušit, promasírovat
- provádět pravidelnou výměnu osobního i ložního prádla

Realizace: Převazy jsem prováděla podle zásad asepse. Provedla jsem kontrolu operačních ran, zda nedochází ke známkám infekce. Obě operační rány jsou šité, klidné, bez známek zánětu, hojící se per primam. Převaz byl proveden jednou denně s ošetřením dezinfekcí Silnet, rány kryty sterilními mulovými čtverci. Pravidelně, vždy po provedení hygieny jsem měnila osobní i ložní prádlo pacienta. Nemocný byl poučen o potřebě řádné a dostatečné hygieny. Při ošetřování stomie jsem postupovala šetrně, používala k tomu určené pomůcky. Stomický sáček jsem měnila včas a opatrně, aby nedošlo ke kontaminaci operační rány. Tělesnou teplotu jsem měřila dvakrát denně.

Hodnocení: Obě operační rány se hojí per primam, nejsou patrné známky infekce. Tělesná teplota pacienta byla ráno i večer 36,5 stupňů C. Kolostomie

je klidná, její okolí bez zarudnutí. Nedošlo ke kontaminaci operační rány stolicí ze stomie. Cíle byly splněny.

Diagnóza č. 3: Porucha přijetí vzhledu vlastního těla z důvodu kolostomie

Cíl:

- pacient se dokáže během dnešního dne podívat na svou stomii
- tento pohled nebude mít negativní vliv na psychický stav nemocného

Plán:

- vysvětlit pacientovi zásady péče o stomii
- zajistit kontakt s rodinou, podat manželce potřebné informace
- při výměně stomického sáčku nabídnout nemocnému zrcadlo, aby se mohl na svou stomii podívat
- komunikovat srozumitelně, trpělivě, nespěchat na nemocného
- zajistit přívod čerstvého vzduchu do místnosti při výměně stomického sáčku

Realizace: Panu J. K. dosud stomii ošetřovaly sestry na jednotce intenzivní péče a podaly mu rovněž základní informace týkající se péče o ni. Pacient se na stomii odmítal podívat. V době návštěvy manželky jsem provedla v koupelně výměnu stomického sáčku, pacientovi i manželce jsem vysvětlila hlavní zásady péče o stomii s tím, že bude edukace pokračovat po celou dobu hospitalizace. Komunikace probíhala v klidu, v diskrétním prostředí, měla jsem na pana J. K. dostatek času. Nabídla jsem nemocnému zrcadlo, aby se mohl na stomii podívat. Vzhledem k tomu, že byl nemocnému velice nepříjemný zápach při výměně sáčku, zajistila jsem řádné větrání místnosti.

Hodnocení: Pacient si nechal vysvětlit zásady péče o stomii, prohlédl si pomůcky a za psychické podpory manželky se podíval na svou stomii. Tento pohled nemocného nevyděsil, naopak došlo k jeho uklidnění, protože začal věřit, že péči o stomii zvládne. Cílů bylo splněno.

Diagnóza č. 4: Omezení soběstačnosti v oblasti vyprazdňování z důvodu nově vyvedené kolostomie

Cíl:

- pacient je schopen podílet se na péči o stomii
- pacient si nechá teoreticky vysvětlit, jak o stomii pečovat
- bude zajištěna výměna stomického sáčku dle potřeby

Plán:

- vysvětlit nemocnému hlavní zásady péče o stomii
- měnit, případně vypouštět stomický sáček dle potřeby
- spolupracovat se stomasestrou
- nabídnout panu J. K. informační brožuru a letáky týkající se péče o stomii a stomických pomůcek

Realizace: Vysvětlila jsem pacientovi za přítomnosti jeho manželky hlavní zásady péče o kolostomii. Vyměnila jsem panu J. K. stomický sáček. Vzhledem k tomu, že stolice je zatím tekutého charakteru z důvodu krátkého času po operaci a tekuté diety přijímané v předchozích dnech, nalepila jsem pacientovi výpustný stomický sáček. Ten jsem pak vypouštěla podle potřeby. Informovala jsem pacienta, že charakter stolice se v dalších dnech změní, bude pevnější a pak bude používat nevýpustný sáček, s možností výběru mezi jednodílným a dvojdílným systémem. Nemocného rovněž navštívila stomasestra, která ho seznámila s pomůckami pro stomiky. Pan J. K. přijal informační materiály týkající se stomických pomůcek a péče o stomii.

Hodnocení: Pacient si nechal vysvětlit hlavní zásady péče o stomii, o postup při výměně stomického sáčku projevil zájem. Výměna a vypouštění stomického sáčku byla prováděna dle potřeby. Stomasestra seznámila nemocného se stomickými pomůckami. Pan J. K. ji vyslechl a prostudoval si

informační materiály týkající se péče o stomii. Cílů pro dnešní den bylo splněno s tím, že edukace bude prováděna průběžně po dobu pobytu v nemocnici.

Diagnóza č. 5: Nedostatek informací o dietním režimu z důvodu kolostomie

Cíl:

- nemocný ví, jaké množství a složení potravy je pro něj vhodné
- nemocný přijímá dostatečné množství potravy a tekutin

Plán:

- informovat nemocného o tom, jaké množství a složení potravy může v pooperačním období přijímat
- informovat pacienta o tom, jaká rizika plynou z nedodržování těchto zásad
- sledovat, zda pacient přijímá dostatečné množství vhodné potravy
- sledovat, zda je pacient dostatečně hydratován

Realizace: Informovala jsem pacienta o tom, které potraviny jsou pro něj v současné době nevhodné, že by se měl vyvarovat především potravin nadýmových, tučných a omezit nerozpustnou vlákninu (ovoce se slupkami, dužninou, celozrnné pečivo), aby se předešlo poruše střevní pasáže, nadměrné plynatosti a podráždění stomie. Vysvětlila jsem mu, že není vhodné přijímat větší množství potravy najednou, ale raději si stravu rozdělit do několika menších dávek. Dále jsem pacienta informovala o tom, že je vhodné vypít alespoň 2 litry tekutin denně. Sledovala jsem hydrataci pacienta i množství a druh přijímané potravy. Požádala jsem pana J. K., zda mi může hlavní zásady dietního režimu svými slovy vysvětlit, což pacient ochotně splnil.

Hodnocení: Pan J. K. pochopil, které potraviny jsou pro něj nevhodné a proč a dokázal tyto informace zopakovat. Vypil během dne přibližně dva a čtvrt litru tekutin. Má chuť k jídlu, snědl všechny potraviny, které dostal v rámci kašovitě diety. Cíle pro dnešní den bylo splněno s tím, že edukace o výživě bude pokračovat po dobu hospitalizace podle edukačního plánu.

Diagnóza č. 6: Nedostatek spánku z důvodu změny prostředí, reakce na psychický stres a bolesti

Cíl:

- nemocný bude spát kvalitním spánkem alespoň 8 hodin a po probuzení bude udávat zlepšení celkové tělesné pohody

Plán:

- zajistit večerní hygienu, úpravu lůžka a prostředí (vyvětrat místnost, klid, signalizační zařízení na dosah)
- vypustit před spaním stomický sáček
- nabídnout nemocnému hypnotikum dle ordinace lékaře
- zjistit, zda je nemocný v psychickém klidu
- rozvrhnout veškerou léčebně – ošetrovatelskou péči tak, aby nerušila spánek pacienta
- aplikovat analgetikum dle ordinace lékaře

Realizace: Pan J. K. provedl večerní hygienu, byla provedena úprava lůžka a vypuštěn stomický sáček. Dále byla vyvětrána místnost a zkontrolováno, zda má pacient v dosahu signalizační zařízení. Aplikována mu byla 1 ampule Ketonalu intramuskulárně ve 21 hodin dle ordinace lékaře. Hypnotikum nemocný odmítl, věří, že na standardním oddělení se mu bude spát lépe než na JIP.

Hodnocení: Nemocný usnul 30 minut po uložení ke spánku. Kontroly na pokoji byly prováděny každé 2 hodiny, pacient pokaždé spal. Ráno mi pacient sdělil, že se v noci jen jednou probudil z důvodu potřeby jít na toaletu a že se vzbudil ráno v půl šesté a cítí se odpočatý. Cílů bylo splněno.

Diagnóza č. 7: Změna ve vyprazdňování stolice v důsledku vytvoření kolostomie

Cíl:

- pacient má zachovanou střevní peristaltiku
- stomie odvádí stolici

Plán:

- sledovat odchod plynů a stolice do stomického sáčku
- vysvětlit nemocnému, které potraviny jsou pro něj v pooperačním období nevhodné
- vysvětlit nemocnému, jaké důsledky může mít nedodržování diety
- vysvětlit pacientovi důležitost přiměřené tělesné aktivity
- sledovat odchod plynů a stolice
- poučit pacienta o významu dostatečného příjmu tekutin

Realizace: Vysvětlila jsem pacientovi, které potraviny by mohly způsobit poruchu střevní pasáže, což by mohlo vést i k nutnosti další operace. Dále jsem pacienta informovala o významu pohybové aktivity v pooperačním období, doporučila jsem mu vhodné cviky na lůžku a rovněž jsem mu vysvětlila důležitost pravidelné chůze po pokoji i po oddělení. Dále jsem ho seznámila s nutností přijímat dostatečné množství tekutin, tedy minimálně dva litry denně. Sledovala jsem odchod plynů a stolice do stomického sáčku.

Hodnocení: Pan J. K. pochopil důležitost dodržování diety a je dle vlastních slov odhodlán dietu dodržovat. Přijímá dostatečné množství tekutin. Pacient chápe význam pohybové aktivity, prochází se pravidelně po pokoji i po

oddělení, provádí cviky na lůžku. K poruše pasáže nedošlo, stomie odváděla plyny i 400 ml stolice, zatím tekutého charakteru. Cíle byly splněny.

Potenciální krátkodobé diagnózy

Diagnóza č. 1: Riziko vzniku infekce u důvodu operační rány

Cíl:

- nedojde ke vzniku infekce operační rány
- případné projevy infekce budou včas zachyceny

Plán:

- provádět pravidelně převazy operačních ran
- postupovat při převazech asepticky
- sledovat vzhled operačních ran, jejich sekreci, sledovat známky infekce
- měřit tělesnou teplotu pacienta dvakrát denně
- zabránit znečištění operační rány obsahem kolostomického sáčku
- vysvětlit nemocnému význam hygienické péče
- pravidelně provádět výměnu osobního i ložního prádla

Realizace: Převazy jsem prováděla aseptickým způsobem, nedošlo ke znečištění operační rány stolicí. Byly sledovány známky infekce, tělesná teplota byla měřena dvakrát denně. Pan J. K. pochopil význam hygienické péče, pravidelně hygienickou péči prováděl, ložní i osobní prádlo bylo pravidelně měněno.

Hodnocení: Nebyly patrné známky infekce operačních ran, neobjevilo se zarudnutí ani sekrece. Tělesná teplota byla ve fyziologickém rozmezí. Pacientovo ložní i osobní prádlo bylo suché a čisté. Cílů bylo splněno.

Diagnóza č. 2: Riziko vzniku sociální izolace z důvodu obav z vyprazdňování do stomie

Cíl:

- nemocný je schopen hovořit o příčinách, ze kterých může dojít k sociální izolaci
- nemocný dostatečně komunikuje s rodinou, zdravotníky a ostatními pacienty

Plán:

- sledovat chování nemocného, včas rozpoznat nedostatečné zapojování se nemocného do sociálních vztahů
- hovořit s pacientem o jeho pocitech, povzbuzovat ho
- zajistit kontakt s rodinou
- vysvětlit nemocnému, že kvalita současných stomických pomůcek neomezuje nemocného při udržování sociálních kontaktů

Realizace: Hovořila jsem s nemocným o jeho pocitech studu, které prožívá v souvislosti s kolostomií. Pan J. K. se svěřil s obavami z toho, že okolí bude mít k němu odpor z důvodu možného zápachu, neschopnosti ovládat odchod plynů a stolice, případně viditelnosti stomického sáčku pod oděvem. Vysvětlila jsem mu, že současné stomické pomůcky jsou velice diskrétní a jsou schopny zabránit pronikání zápachu do okolí. Dále jsem pana J. K. informovala o tom, že při správném složení a kvalitě stravy a dodržování pravidelnosti při přijímání potravy, bude schopen odchod stolice regulovat. Pan J. K. mluvil o hezkém vztahu, který mají s manželkou a o vnoučatech, na která se těší. Manželka přišla za pacientem na návštěvu, bylo jí umožněno zůstat s ním po neomezenou dobu. Pan J. K. komunikoval i se spolupacienty a ostatními zdravotníky.

Hodnocení: Pan J. K. byl schopen otevřeně mluvit o svých obavách z problémů při sociálních vztazích s ostatními lidmi. Přijal informace o možnostech kvalitních stomických pomůcek, jeho obavy se podle jeho slov zmírnily. S rodinou, zdravotníky i ostatními pacienty komunikoval bez potíží. Obav z toho, jak zvládne sociální interakce v budoucnosti, se však zbavil jen částečně.

Diagnóza č. 3: Riziko vzniku tromboembolické nemoci (TEN) z důvodu pooperačního stavu

Cíl:

- pacient nejeví známky tromboembolické nemoci
- případné projevy TEN jsou včas rozpoznány

Plán:

- aplikovat Clexane subkutánní injekcí dle ordinace lékaře
- informovat nemocného o důležitosti přiměřené pohybové aktivity
- sledovat projevy TEN

Realizace: Nemocnému jsem aplikovala v 18 hodin Clexane 0,4 ml subkutánní injekcí dle ordinace lékaře. Pacient během dne pravidelně chodil po pokoji i po chodbě, prováděl cviky na lůžku – kroužení chodidly, plantární flexe a extenze, střídavé natahování a pokrčování DK a prstů u nohou. Bandáže již 5. pooperační den nejsou lékařem indikovány. Nemocnému byl sledován TK a P 3 krát denně, hodnoty byly v normě.

Hodnocení: U nemocného se neprojevíly známky TEN. Cíl byl splněn.

Diagnóza č. 4: . Riziko poruchy vyprazdňování moči z důvodu čerstvě odstraněného permanentního močového katetru

Cíl:

- nemocný se po odstranění permanentního močového katetru do 6 hodin spontánně vymočí bez obtíží
- nemocný nejeví známky infekce močových cest

Plán:

- informovat nemocného o potřebě přijímat dostatečné množství tekutin
- sledovat charakter moče - barvu, příměsi, množství
- sledovat známky infekce – měřit tělesnou teplotu 2 krát denně
- dotázat se nemocného na výskyt dysurických potíží

Realizace: Informovala jsem nemocného o nutnosti přijímat minimálně 2 litry tekutin. Pacient byl poučen o nutnosti sledovat charakter moče. Lékařem již nebylo ordinováno sledování bilance tekutin. Při posouzení pohledem byla moč čirá, bez patologických příměsí. Opakovaně jsem se nemocného dotazovala, zda nepocítuje dysurické potíže při močení. Tělesná teplota nemocnému byla měřena 2 krát denně.

Hodnocení: Nemocný se po odstranění permanentního močového katetru za 4 hodiny spontánně vymočil. Během dne vypil 2 a čtvrt litru tekutin. Močil pravidelně, moč byla čirá, bez patologických příměsí. Nemocný nepocítoval při močení bolest, pálení ani řezání. Měl pocit dostatečného vymočení. Tělesná teplota byla v normě. Neobjevily se známky infekce. Cíle byly splněny.

3. 6 Dlouhodobý ošetrovatelský plán

Pan J. K. byl přijat k plánovanému operačnímu řešení karcinomu rekta po proběhlé onkologické léčbě radioterapií a chemoterapií. První den hospitalizace byla prováděna předoperační příprava. Druhý den byl nemocný operován, byla provedena abdominoperineální amputace rekta podle Milese s vyvedením terminální sigmoideostomie. Průběh operace byl bez komplikací, z operačního sálu byl nemocný převezen na jednotku intenzivní péče chirurgického oddělení. Zde byl pacient monitorován, podávána infuzní terapie, tišena bolest, sledována bilance tekutin, stav operačních ran, odpad z drénů – pacient měl zavedeny 2 Redonovy drény do malé pánve, prováděna péče o invazivní vstupy a o stomii, podáván O₂, sledovány výsledky krevních odběrů. V průběhu pobytu na JIP nedošlo ke komplikacím, nemocný byl lékařem informován o průběhu operace, 4. pooperační den byl seznámen s výsledky histologie, jednalo se o exulcerovaný gelatinózní karcinom, v lymfatických uzlinách nebyly zjištěny nádorové struktury. Nemocný po celou dobu rehabilitoval a sestrami i stomasestrou byl seznámen s hlavními zásadami péče o stomii. Pátý pooperační den je pacient přeložen na standardní chirurgické oddělení. Tento den pacient první den přijímá kašovitou dietu, stomie odvádí plyny a první den i stolici, zatím tekutého charakteru. Ještě na JIP mu byl odstraněn CVK, epidurální katetr i permanentní močový katetr. Operační rány se hojí per primam. Bolest je tlumena podáváním injekce Ketonalu 1 amp. i. m. 3 krát denně, nemocný samostatně chodí po pokoji. O stomii nadále pečují sestry. Pacient se zatím se svou stomií nevyrovnal, nechá si vysvětlit, jak o ni pečovat, ale tvrdí, že sám péči nikdy provádět nebude, že se to naučí manželka. Po dobu hospitalizace na standardním oddělení je v popředí nácvik péče o stomii a informování nemocného o zásadách dietního režimu a změny životního stylu se stomií. Pacient je edukován o zásadách stravování s ohledem na vyvedenou kolostomii a o péči o ni podle edukačního plánu – viz tabulka 3 a 4. Sestry spolupracují s manželkou nemocného. Nemocný byl na oddělení hospitalizován sedm dní. Během této doby postupně

zvládl nejprve pohled na stomii, postupně se začal zapojovat do péče o stomii a zajímal se o informace o stomických pomůckách i o změnách ve výživě. Do domácí péče je propuštěn 11. pooperační den, stehy z operačních ran jsou odstraněny. Zvládá sám výměnu stomického sáčku, úplně samostatně ji provedl 4 krát a 2 krát sám nalepil podložku. Má dostatek informací o stomii i zásadách výživy – edukován byl podle edukačního plánu. Odchází vybaven stomickými pomůckami na 1 měsíc a informacemi, kam se obrátit v případě potřeby pomoci. Má zajištěnu návštěvu sestry domácí péče v místě bydliště, která zkontroluje, jak pacient zvládá péči o stomii v domácím prostředí. Za tři týdny se pacient dostaví na kontrolu na onkologii a do gastroenterologické poradny. Během hospitalizace nemocný přes počáteční potíže zvládl péči o svou stomii, začal ji chápat jako součást svého těla a nemá problém o ní hovořit s druhými lidmi.

3. 7 Psychologie nemocného

Nemoc má nejen stránku tělesnou - fyziologickou a patologickou, ale stejně tak důležitou stránku psychickou, sociální a duchovní. Nemoc zpravidla nepřichází náhle, postupně se vyvíjí, ohlašuje se různými příznaky, ale pacient často sám sebe přesvědčuje, že se jedná o banální onemocnění. Tato fáze se nazývá **nulitní** a často vede k tomu, že pacient přichází k lékaři pozdě. Příkladem může být dlouhodobé krvácení z konečníku, u kterého pacient hledá příčinu v hemoroidech a k vyšetření přichází se zpožděním. Po této tzv. nulitní fázi následuje psychická křivka odezvy na příchod a rozvoj vážné nemoci, kterou ve své klasické podobě popsala Elisabeth Kübler-Rossová. První fází je fáze **šoku**, kdy se nemocný dozvídá diagnózu onemocnění. Člověk je ohromen, plný úzkosti a klade si otázku, proč se to stalo právě jemu, či proč se vůbec něco takového muselo stát. Tyto otázky vedou k popření onemocnění, nemocný si říká, že se musel stát omyl a stahuje se do izolace. Typické jsou výroky: „Nechte mě být, nic mi není.“ „Určitě se to nějak vysvětlí.“ Následuje

období **zloby a hněvu**, kdy se projevuje podrážděnost, slovní agresivita, nemocný pociťuje svou nemoc jako nespravedlnost a křivdu. Pacient obvykle nevyjadřuje myšlenky, které ho trápí, neřekne ostatním, „vy se máte, protože jste zdraví“, ale napadá okolí za jakékoli zástupné problémy. Pro okolí je tato fáze velmi náročná, je důležité nebrat výtky osobně. Další období je období **smlouvání**, kdy si nemocný uvědomuje, že nemoc bude dlouhá nebo trvalá a začíná smlouvat. Tuto fázi charakterizují výroky jako: „Kéž bych se dožil narození vnoučete.“ V tomto období také nemocní často shánějí informace o nových zázračných lécích a léčebných metodách. Následuje fáze označovaná jako **deprese**, je fází psychického utrpení. Nemocný má starosti o osudy svých blízkých, bojí se samoty, bolesti. Tato deprese u somaticky nemocných však bývá křehká, jakmile se stav nemocného zlepší, bývá rychle střídána stavem relativní psychické pohody. Závěrečnou fází je **akceptace pravdy**, znamená přijetí role vážně nemocného. Přitom nastolení důstojného klidu je méně častým vyústěním situace než rezignace nebo zoufalství. /7, 17/

Tato křivka psychické odezvy na vážnou nemoc je velmi variabilní, délka a intenzita jednotlivých období je různá, jednotlivé fáze se mohou prolínat a opakovat. Pro okolí pacienta je lidskou i profesionální povinností snažit se uchránit ho před rezignací a zoufalstvím, nemocný především nesmí zůstat se svou pravdou sám. Významnou roli sehrává naděje, která když už nemůže být nadějí na uzdravení, vždy se může stát nadějí na důstojné prožití konce života. /7/

Vyrovnat se s náročnými životními situacemi, jakými bezesporu onkologická onemocnění jsou, nám umožňují **psychické obranné mechanismy**. Chrání nás před úzkostí, strachem a ztrátou duševní rovnováhy. Jsou to vnitřní strategie, jimiž řešíme rozpory a vyrovnáváme se se zkušenostmi, které jsou neslučitelné s naším sebepojetím, tedy s tím, co si myslíme a představujeme o sobě i o pro nás významném světě. Mezi tyto obranné mechanismy patří například **popření**, kdy nemocní neřeší a nepřiznávají si zcela evidentní problémy, například přicházejí pozdě k lékaři se zanedbanými příznaky onemocnění. Při **vytěsnění** dochází k “zapomínání“ obsahů, které jsou pro

jedince nepřijatelné. Člověk tyto skutečnosti odmítne a vytěsňuje je do nevědomí, kde zůstávají a působí na prožívání. Dalším obranným mechanismem je **projekce**, kdy se svých nežádoucích vlastností „zbavujeme“ tím, že je přisuzujeme jinému člověku. O **regresi** mluvíme tehdy, jestliže se člověk začne chovat způsobem, který neodpovídá jeho věku a který náleží k vývojově mladšímu období. Psychických obranných mechanismů je celá řada, občas je používáme všichni, pomáhají nám překonat nepříjemné situace. Problém nastává tehdy, stanou-li se převládajícím způsobem reagování na vzniklou situaci. /31, 16/

Léčba nádorových onemocnění je dnes soustředěna na chirurgickou léčbu, chemoterapii a radioterapii, psychoterapie však také hraje při léčbě rakoviny svou roli. Důležité jsou především osobnostní charakteristiky pacienta. Lidé, kteří se nevzdávají a bojují, zpravidla přežívají déle. Rovněž tak pacienti, kteří mají pevnější rodinné zázemí a lepší kvalitu mezilidských vztahů. Uplatňuje se i kladný vliv psychoterapie a skupinových setkání onkologických pacientů, kde nemocní mohou ventilovat své emoce a svobodně se projevit. /16/

3. 7. 1 Prožívání nemoci

Prožívání nemoci závisí na osobnosti pacienta, jeho sociální zakotvenosti, na informacích, které má o své nemoci, její léčbě a prognóze, ale také na důvěře v lékaře a zdravotnický personál i ve zdravotnické zařízení obecně a konečně také na průběhu onemocnění. Při hodnocení prožívání vážné nemoci je třeba brát v úvahu fyzické i psychické změny. Vážně nemocný často trpí bolestí, problémy s vyměšováním, dýchacími obtížemi a podobně, ale prožívá i řadu těžkostí psychických. V kognitivní oblasti má onemocnění největší dopad na sebepojetí pacienta, na to, jak sám sebe vidí, chápe a hodnotí. Může dojít až k tomu, že se nemocný přestává cítit úctyhodným a hodnotným člověkem, může ztrácet schopnost řešit problémy. Strategie řešení bývá různá, od popírání onemocnění, nedodržování léčebných zásad až po nadějnější hledání kladných aspektů na změněné situaci. Nutnost vyvedení kolostomie měla výrazný vliv na sebepojetí pana J. K. Měl pocit, že bude odmítán ostatními, že k němu lidé budou cítit odpor. Tyto pocity dokázal zvládnout díky podpoře okolí a

uvědomění se, že stomie je nezbytná k vyřešení nádorového onemocnění, že tedy má vývod, ale může dál žít. /16/

3. 7. 2. Postoj k nemoci

Postoj pana J. K. k nemoci se vyvíjel od počátečního popírání nemoci, kdy navštívil lékaře až šest měsíců poté, co se mu objevovala krev ve stolici, což přičítal krvácení z hemoroidů. Dalšími fázemi vyrovnávání se s nádorovým onemocněním nemocný procházel ještě před hospitalizací na chirurgickém oddělení, neboť byl vyšetřován ambulantně a pak podstoupil radio a chemoterapii na onkologickém oddělení. V době, kdy přišel k operaci, byl již se svým onemocněním smířen, i když pochopitelně měl obavy z průběhu a výsledku chirurgické léčby. Po operaci ho uklidnilo sdělení lékaře, že po odstranění nádoru může dojít k úplnému vyléčení. Problém však nastal s přijetím kolostomie, se kterou, ač byl o její nutnosti informován předem, se obtížně vyrovnával. Během hospitalizace díky podpoře manželky a trpělivému přístupu zdravotníků péči o stomii zvládl. /16, 31/

3. 7. 3. Reakce na pobyt v nemocnici

V období hospitalizace je člověk vytržen z domácího prostředí a vztahů, z obvyklého způsobu života, což silně pociťují zvláště staří lidé, kteří se v novém prostředí hůře orientují. Člověk se v nemocnici stává pasivnějším, závislým na druhých, mění se jeho životní rytmus, je v relativní sociální izolaci, pociťuje strach, obavy, nejistotu, bolest. K minimalizaci negativních projevů vede partnerský vztah mezi zdravotníky a nemocným, informování pacienta o léčbě, jeho zapojení do péče o sebe, umožnění návštěv příbuzných a pocit smysluplnosti pobytu ve zdravotnickém zařízení. Pan J. K. se na pobyt v nemocnici adaptoval bez větších problémů, omezení bral jako přechodná a nutná. /16, 31/

3. 7. 4. Zhodnocení a zvládání komunikace

Vážně nemocný prožívá strach z průběhu onemocnění, obavy ze změněného obrazu těla, z nedostatku zájmu okolí i ze ztráty schopnosti ovládat tělesné

funkce. Často nechce být na obtíž okolí. Tyto obavy se projevují také ve způsobu komunikace. Pro sestru je důležité dokázat akceptovat projevy nemocného, nekritizovat jeho chování, snažit se porozumět sdělení nemocného, slovně vyjádřit pochopení, sladit verbální i neverbální komunikaci, projevit zájem o nemocného, komunikovat srozumitelně. Pan J. K. je komunikativní, otevřený člověk, který má dobré vztahy v rodině i s přáteli. Dokázal navázat adekvátní kontakt se zdravotníky i ostatními pacienty, ke konfliktům nedocházelo. U sester ocenil hlavně trpělivost a podporu při zvládání potíží se stomií, u lékaře to, že ho pravdivě informoval o průběhu a výsledcích léčby. /29/

3. 7. 5 Zvládání stresu

Stres v psychologickém významu znamená, že se jedinec dostává do situace, která je nad jeho psychické síly, a proto ji obtížně zvládá až nezvládá. Pro vážněji nemocné znamená největší zátěž období vyšetřování do stanovení diagnózy, doba krátce před zákroky a operacemi a vyrovnávání se s chronickou nemocí nebo s onemocněním majícím špatnou prognózu. Možností pomoci nemocnému při zvládání stresu je psychoterapeutický rozhovor, kdy lze ovlivnit psychický stav a postoje pacienta. Pro pana J. K. by mohla být vhodnou formou zvládání stresu účast na setkáních pacientů se stomií, kde si může uvědomit, že i s vývodem může žít důstojný a plnohodnotný život. Stresové situace v nemocnici zvládal díky sociální opoře, kterou mu poskytovala rodina i ošetřující personál. /31/

3. 7. 6 Obranné mechanismy

Pan J. K. šest měsíců pozoroval krev ve stolici, což přisuzoval krvácení z hemoroidů a lékaře navštívil až po půl roce trvání potíží. Je to příkladem popření jako obranného mechanismu, kdy nemocný neřeší viditelné příznaky onemocnění. V pooperačním období došlo u pana J. K. k regresi, tedy chování, které neodpovídá věku nemocného a náleží k vývojově mladšímu období. Pacient odmítal pečovat o stomii s tím, že se to naučí manželka, která mu bude i doma stomii měnit. /31/

3. 7. 7 Motivace k léčbě

Vážné onemocnění mění potřeby a psychiku lidí, tedy i jejich motivaci, a deprivuje a frustruje řadu lidských potřeb. Na druhé straně může pacientovi pomoci rozlišit, co je v životě podstatné od toho, co je důležité jen zdánlivě. Vážné onemocnění tedy může nemocného obohatit i ve vztahu k nejbližším lidem, neboť si uvědomí jejich kvality. Manželka pana J. K. mu byla po celou dobu nemoci velkou oporou a pacient si uvědomil hodnotu jejich vzájemného vztahu. Motivací k léčbě mu byl tedy návrat domů, kdy se těšil i na dcery a vnoučata, se kterými měl rovněž hezký vztah. /31/

3. 8 Sociální problematika

Pan J. K. má dobré sociální zázemí. Žije s manželkou ve dvoupokojovém bytě v panelovém domě v malém městě. Má dvě dcery a tři vnoučata, se kterými se pravidelně navštěvují. Je starobní důchodce, dříve pracoval jako automechanik. Finanční nouzí netrpí, mají s manželkou nějaké peníze našetřeny a důchod jim stačí k zajištění běžných potřeb. Rád se věnuje práci na zahrádce, nyní ví, že bude muset své aktivity přizpůsobit zdravotnímu stavu.

Během hospitalizace se pan J. K. na pobyt v nemocnici adaptoval dobře, k problémům v sociální oblasti nedocházelo, se zdravotnickým personálem i ostatními pacienty komunikoval bez potíží.

3. 9 Edukace nemocného

Edukace je proces, který zahrnuje předávání informací, výuku nových návyků a dovedností. Edukace klientů by měla být jednou z hlavních priorit sestry. Proces edukace je třeba pečlivě naplánovat, stanovit si cíl, připravit obsah, který budeme sdělovat, získat co nejvíce informací o nemocném. Musíme si promyslet, jakou formou budeme edukaci provádět a připravit si potřebné pomůcky. Po realizaci je třeba zjistit, jakého jsme dosáhli efektu, jaká je úroveň znalostí klienta. /6/

V případě nemocného s kolorektálním karcinomem s vyvedenou kolostomií je třeba nemocného edukovat v oblasti péče o stomii, která zahrnuje jak praktický nácvik výměny stomického sáčku, tak předání informací o stomických pomůckách. Dále je třeba nemocného naučit, jaké zásady při stravování má dodržovat, kde může získat další informace o životě se stomií a nakonec ho informovat o zásadách prevence kolorektálního karcinomu. Edukace je prováděna po celou dobu hospitalizace, začíná už před operací a účastní se jí lékaři, sestry a stomasestra. Důležité je do procesu edukace zapojit rodinu nemocného, která je mu oporou při zvládání obtíží a pomůže nemocnému zvládat problémy i při propuštění z nemocnice. Navíc změna způsobu stravování i celkového životního stylu se týká nejen nemocného, ale celé rodiny. /22/

3. 9. 1 Stomické pomůcky

Kvalita života stomiků se v posledních letech výrazně zlepšila díky novým stomickým pomůckám. Ty jsou vyvíjeny řadou firem (Convatec, Coloplast, B-Braun, Dansac). Stomické sáčky se vyrábějí průhledné a neprůhledné, jednodílné nebo dvoudílné, výpustné a nevýpustné, s filtrem i bez filtru. Dále jsou k dispozici ochranné a čistící prostředky, které chrání kůži před

poškozením, mají zadržovat zápach, vyrovnávat kožní nerovnosti a podobně. V případě jednodílného systému je želatinová podložka pevně spojena se sáčkem a po naplnění se mění celý sáček. U dvoudílného systému se podložka se sáčkem spojuje pomocí plastového přírubového kroužku. Zůstává nalepena několik dní a sáček se mění po naplnění. Podložky sáčků mohou být pevné celoželatinové, flexibilní s želatinovým středem a okrajem z mikroporu a konvexní pro komplikované stomie. Používá se také systém adhezivní technologie, kdy se podložka a sáček spojují pouze nalepením sáčku na podložku, chybí spojovací kroužek. Tento systém je diskrétní a flexibilní. /22/

3. 9. 2 Výměna stomického systému

Před výměnou je třeba připravit potřebné pomůcky, výměnu je vhodné provést v diskrétním prostředí, nejlépe v koupelně s možností použití zrcadla.

Postup při výměně jednodílného systému

1. Před přiložením stomické pomůcky je třeba změřit velikost stomie a vystříhnout otvor správné velikosti v želatinové destičce. Průměr otvoru by měl být o 2 – 5 mm větší než velikost stomie. K tomu pomáhá vytvoření šablony, podle které si lze dopředu připravit otvor správné velikosti.
2. Odstraníme použitý sáček a vhodíme ho do sáčku na odpadky.
3. Otřeme buničinou stomii od stolice.
4. Stomii osprchujeme nebo omyjeme teplou až vlažnou vodou, případně jemnou mycí pěnou, osušíme a ošetříme ochrannými prostředky. Nepoužíváme olej, tuk, tělové mléko, kůži zbytečně neodmašťujeme.

5. Z aplikační strany destičky sejmeme plastový kryt a nalepíme sáček na kůži. Prsty ho přitiskneme tak, aby dobře přilnul k pokožce. Z okrajů podložky se sejme krycí papír a dokončí se přilepení podložky.

Postup při výměně dvoudílného systému

1. Postup začíná stejně jako u jednodílného systému, to znamená odlepením želatinové destičky a omytím okolí stomie
2. Na kůži se přilepuje pouze želatinová destička. Po jejím přilnutí se nemocný nadechne a zapne břišní svaly, sáček se nasadí na podložku a zacvakne. Mírným tahem za sáček se přesvědčíme, zda je správně připevněn.
3. Podložka zůstává nalepená 3 – 5 dnů, sáček se mění podle naplnění. Při odstraňování podložky můžeme použít speciální odstraňovače, ne však benzín. /22/

V domácím prostředí lze doporučit zřízení odděleného místa pro aplikaci pomůcek, kde bude zajištěno soukromí a všechny pomůcky budou na dosah. Rovněž je důležité dostatečné osvětlení a přítomnost zrcadla. Stomické pomůcky jsou na lékařský předpis a jsou hrazeny pojišťovnou. Pokud bude pacient potřebovat jakoukoli informaci, může se obrátit na svou stomasestru nebo zavolat na bezplatnou stoma linku. Informace může rovněž získat prostřednictvím internetu na adrese <http://www.ilco.cz/> nebo v místním Klubu stomiků.

3. 9. 3 Zásady výživy kolostomiků

Stravování kolostomiků nevyžaduje žádnou speciální dietu. Bezprostředně po operaci je třeba přijímat bezezbytkovou stravu, vyvarovat se ovoci se slupkami a dužninou, celozrnnému pečivu, luštěninám, nadýmavé zelenině a stravě bohaté na tuky. Hojení rány podporuje vyšší obsah bílkovin. Postupně lze přecházet na racionální výživu s vyváženým poměrem bílkovin, tuků, cukrů a vitamínů, to znamená přijímat kaloricky přiměřenou, co nejrozmanitější stravu. Důležitý je také dostatečný pitný režim, to znamená pít minimálně dva litry neperlivých tekutin denně.

Všeobecné zásady přijímání potravy

- Jíst pravidelně, nejlépe pětkrát denně, v přiměřeném množství, aby se vytvořil rytmus pravidelného vyprazdňování. Vydatné má být ranní jídlo a zejména oběd, večeře má být lehká a delší dobu před spaním.
- Jíst pomalu a pečlivě rozkousávat, nerozžvýkaná potrava se nestráví a vytvoří hmotu, která může způsobit neprůchodnost střeva.
- Žvýkat se zavřenými ústy, aby nedošlo k polykání vzduchu, nemluvit při jídle, aby nedocházelo k nadměrné plynatosti.
- Nejvhodnější technologická úprava potravin je vaření a dušení, smažená a pečená jídla jíst jen ojediněle. Vyvarovat se ostrým, kořeněným jídlům.
- Individuální snášenlivost potravin je rozdílná, každou potravinu je třeba nejdříve vyzkoušet v malém množství.
- Potravu přijímat v klidu, ne při rozčilení.
- K nalezení správného režimu pomáhá vedení denního záznamu v průběhu jednoho měsíce, kdy si zapisujete: co jste jedli, v jakém

množství, kdy a jak často jste se vyprazdňovali, jaká byla stolice, plynatost, bolesti po jídle a množství vyloučené moči.

- Důležitá je pravidelná pohybová aktivita, vhodná je především každodenní chůze, která podporuje trávení a pozitivně ovlivňuje chuť k jídlu.

Účinek potravin

Nadýmavý účinek: luštěniny, čerstvý chléb a pečivo, zelí, květák, vejce, pivo, cibule, šumivé nápoje, nápoje s obsahem oxidu uhličitého

Proti nadýmání: jogurt, brusinky

Zápach podporuje: houby, luštěniny, vejce, ryby, cibule, zelí, česnek, květák, chřest, ostrá koření a některé druhy sýrů

Zápach tlumí: jogurt, petržel, šťáva z brusinek, brusinky

Projímavě působí: káva, cukr, alkohol, tučná jídla, švestky, hrušky, fíky, kyselé zelí, kapusta, luštěniny, mléko, masové vývary, ryby, šumivé nápoje, sladkosti

Průjem tlumí: čokoláda, bílý chléb, rýže, banány, strouhané jablko, brambory, vývar z rýže a mrkve, je důležité doplňovat tekutiny, minerální látky a glukózu

Zácpa: prospěje sklenice čerstvé pomerančové šťávy ráno před jídlem, důležitý je dostatečný příjem tekutin

Břišní koliku mohou způsobit: ořechy, luštěniny, hlávkové zelí, kapusta, cibule, houby, křížaly, kukuřice /22, 5, 14, 34/

3. 9. 4 Komplikace kolostomie

a) Časné pooperační komplikace

Krvácení – drobné krvácení je normální, větší řeší vždy chirurg

Nekróza okraje stomie – stomie je povleklá, je třeba pravidelná sprcha a kontrola, v některých případech je nutná operační úprava

Parastomální absces – je nutná derivace abscesu

Otok stomie – malý spontánně odezní, při větším přikládáme chladné obklady

Kožní komplikace – používáme vhodné stomické pomůcky, zabráníme zatékání střevního obsahu pod pomůcku

Časná retrakce – není častá, používáme flexibilní pomůcky a konvexní podložky

Nevhodně umístěná stomie – např. v kožní řase, v jizvě, pod žeberním obloukem, používáme flexibilní pomůcky, vyrovnávací pastu, hydrokoloidní destičky, případně chirurg provede transrepozici stomie

b) Následné komplikace stomie

Prolaps (výhřez) stomie – střevo může prolabovat až o několik desítek centimetrů, používáme výpustné sáčky, flexibilní pomůcky s velkou lepící plochou, střevo často sprchujeme, chráníme okolní kůži. Vhodná je chirurgická úprava střeva.

Retrakce (vtažení stomie) – až několik cm pod úroveň kůže, dochází k podtékání stolice pod podložku a iritaci okolní kůže, nutná je hygienická péče a použití pomůcek s konvexní podložkou.

Stenóza (zúžení) stomie – nepoměr mezi průměrem střeva a otvorem v břišní stěně, bývá kombinována s retrakcí, objevuje se porucha pasáže. Stomie se

dilatuje prstem nebo dilatátorem, je nutná dostatečná hydratace, těsná stenóza vyžaduje chirurgické řešení.

Kožní komplikace stomie – je třeba rozlišit mezi dermatitidou, alergickou reakcí, bakteriální nebo plísňovou infekcí, iritací a macerací. Používáme vhodné stomické pomůcky, vyloučíme agresivní a kořeněná jídla ze stravy. Macerace je velmi bolestivá komplikace, hojení bývá pomalé.

Parastomální kýla – vzniká oslabením břišní stěny a uvolněním fascie od střevní kličky, okolo stomie se tvoří vyklenutí. Na kýle pomůcky špatně drží, používáme flexibilní pomůcky, důležitá je péče o kůži. Operace je riziková pro komplikované hojení v infekčním prostředí.

Píštěle v okolí stomie – neumožní dostatečnou adhezi pomůcek ke kůži, dochází k iritaci kůže pod podložkou. Vybíráme vhodné pomůcky, řešení závisí na příčině píštěle.

Krvácení ze stomie – drobné krvácení z okrajů je normální, v terminálním stádiu onemocnění může krváct céva nahlodaná nádorem. Krvácení může být důsledek radioterapie nebo nespecifických střevních zánětů. /22/

3. 9. 4 Edukační plán pro pana J. K.

Po dobu hospitalizace byl pan J. K. průběžně edukován v oblasti péče o kolostomii i v oblasti změny stravování po operaci. Tabulky č. 2 a 3 obsahují edukační plán nemocného po dobu pobytu na standardním chirurgickém oddělení, tedy 5. až 11. pooperační den.

1. Péče o kolostomii – tabulka č. 2

Cíl	Realizace	Hodnocení
1. Nemocný má informace o druzích stomických pomůcek	<ul style="list-style-type: none"> - realizace 5. a 6. pooperační den - ukázat nemocnému typy stomických sáčků - vysvětlit princip jednodílného a dvoudílného systému - vysvětlit princip výpustných a nevýpustných sáčků - informovat nemocného o principu přilnavosti želatinové destičky - předat nemocnému informační letáky a propagační materiály 	<p>Nemocný se orientuje v typech stomických sáčků.</p> <p>Nemocný pochopil princip přilnavé destičky.</p>
2. Nemocný chápe princip jednodílného výpustného systému a způsob péče o něj	<ul style="list-style-type: none"> - realizace 5. pooperační den - vysvětlit panu J.K. princip jednodílného výpustného systému a způsob péče o něj - informovat nemocného o nutnosti sledovat obsah stomického sáčku a o potřebě vypustit ho při naplnění 	<p>Nemocný pochopil princip jednodílného výpustného systému během 1 dne.</p> <p>Nemocný sledoval plnění stomického sáčku.</p>

<p>3. Nemocný umí přiložit přilnavou podložku</p>	<ul style="list-style-type: none"> - realizace 6. – 10. pooperační den - pacient šetrně odstraní původní systém od kůže a vyhodí ho do odpadního sáčku - otře stomii buničitou vatou - nepoužívá olej, tuk, tělové mléko na okolí stomie - kůži zbytečně neodtučňuje např. lékařským benzínem - osprchuje nebo omyje stomii vlažnou vodou a jemnou mycí pěnou - osuší okolí stomie jemným ručníkem nebo bavlněnou plenou - zvolí správnou velikost otvoru na podložce pomocí nůžek - dbá na to, aby otvor byl pouze o 2 – 5 mm větší než stomie - u nerovností na kůži použije pastu, která vyrovnává kožní řasy a brání podtékání sekretu pod podložkou 	<p>Nemocný se naučil měnit si odpadní sáček během 5 dnů</p>
---	--	---

<p>4. Nemocný umí připevnit odpadní sáček</p>	<ul style="list-style-type: none"> - realizace 6. – 10. pooperační den - nemocný zvolí sáček odpovídající přiložené podložce - nasadí sáček na spojovací kroužek - zkontroluje těsnost spojení po celém obvodu 	<p>Nemocný se naučil připevnit odpadní sáček během 5 dnů.</p>
<p>5. Nemocný umí vyměnit odpadní sáček</p>	<ul style="list-style-type: none"> - realizace 6. – 10. pooperační den - nemocný si připraví pomůcky - dbá na hygienu rukou - sejme stomický sáček z upevňovacího kroužku a vyhodí ho do sáčku na odpadky - otře zbytky stolice pomocí jemné jednorázové žíňky nebo buničiny - připevní nový stomický sáček - dbá na to, aby sáček měnil po jeho naplnění do dvou třetin 	<p>Nemocný se naučil měnit si odpadní sáček během 5 dnů.</p>

<p>6. Nemocný je informován o komplikacích kolostomie a umí rozpoznat jejich příznaky</p>	<ul style="list-style-type: none"> - realizace 5. – 11. pooperační den - předat nemocnému informační brožuru pro kolostomiky, kde jsou popsány příznaky komplikací stomie - nemocný je poučen, jak si vést Stoma deník, kam si zapisuje frekvenci a charakter stolice, výměnu podložky i přijímanou potravu - vysvětlit nemocnému projevy patologické funkce stomie – zácpa, průjem, krvácení - informovat nemocného o pooperačních komplikacích stomií – prolaps, retrakce stenóza, kožní komplikace, parastomální kýla, píštěle, krvácení ze stomie 	<p>Nemocný obdržel informační brožuru a Stoma deník.</p> <p>Nemocný byl informován o komplikacích stomie a rozpozná patologické projevy při vyprazdňování do stomie.</p>
<p>7. Nemocný je informován o odborné pomoci po propuštění z nemocnice</p>	<ul style="list-style-type: none"> - realizace 10. – 11. pooperační den - předat nemocnému telefonní čísla na stomasestru a na nemocniční oddělení - informovat nemocného o adrese, telefonním čísle a datu návštěvy gastroenterologické poradny - předat nemocnému informace o agentuře domácí péče, která ho bude navštěvovat první dny po propuštění do domácího 	<p>Nemocnému byly předány informace o tom, kam se obrátit v případě potřeby pomoci.</p> <p>Nemocný i jeho manželka tyto informace pochopili.</p> <p>Stomasestra informovala nemocného o preskripci stomických pomůcek a předala mu pomůcky na 1 měsíc.</p>

	<p>ošetřování</p> <ul style="list-style-type: none"> - informovat nemocného o místním Stoma klubu - předat internetovou adresu na Sdružení stomiků http://www.ilco.cz/ - informovat nemocného o způsobu získávání stomických pomůcek, jejich preskripci, limitech, úhradě pojišťovnou 	
--	--	--

2. Výživa nemocného s kolostomií – tabulka č. 3

Cíl	Realizace	Hodnocení
1. Nemocný zná obecné zásady stravování kolostomiků	<p>- realizace 5. – 10. pooperační den</p> <ul style="list-style-type: none"> - informovat nemocného o tom, že v prvních dvou měsících je třeba omezit příjem nerozpustné vlákniny – ovoce se slupkami a dužninou, luštěniny, celozrnné výrobky, nezralé ovoce, nadýmavá zelenina, tučná masa, aby se předešlo podráždění stomie, případně snížení její průchodnosti - nemocnému podat informace o tom, že má jíst pomalu, pečlivě rozkousat stravu, aby se předešlo střevní neprůchodnosti - stravu přijímat pravidelně 3 krát denně 	<p>Nemocný prostudoval informační brožuru týkající se stravy kolostomiků.</p> <p>Vyslechl informace podané sestrou.</p> <p>Zopakoval hlavní zásady pro stravování kolostomiků.</p> <p>Informována byla i jeho manželka.</p> <p>Nemocný vyjmenoval potraviny obsahující nerozpustnou vlákninu.</p> <p>Vysvětlil, proč je nutno potravu pořádně rozkousat.</p> <p>Dokázal vypočítat svůj BMI a pochopit, jaká má být jeho optimální hmotnost.</p>

	<p>a jíst přiměřené množství jídla</p> <ul style="list-style-type: none"> - nejíst příliš málo, střevo by správně nepracovalo - nepřejídat se, udržovat si optimální hmotnost - vysvětlit nemocnému pojem BMI a jeho výpočet, aby byl schopen posoudit vlastní hmotnost - dbát na složení stravy, správný poměr cukrů, tuků, bílkovin, minerálů a vitamínů 	
2. Nemocný dodržuje doporučení, která regulují vyprazdňování	<ul style="list-style-type: none"> - realizace 5. – 10. pooperační den - informovat nemocného, aby stravu přijímal pravidelně 3 krát denně, vždy ve stejnou dobu, aby si vypěstoval stereotyp ve vyprazdňování - čím více bílkovin obsahuje strava, tím je stolice více tuhá - jako technologickou úpravu potravin používat vaření a dušení, smažená jídla jen výjimečně 	<p>Nemocný vysvětlil, co znamená nácvik stereotypu ve vyprazdňování.</p> <p>Nemocný i jeho manželka znají doporučené technologické úpravy potravin a vědí, co způsobuje zvýšený obsah bílkovin ve stravě.</p>
3. Nemocný umí zvládat potíže, které mohou vznikat v souvislosti s výživou	<ul style="list-style-type: none"> - realizace 5. – 10. pooperační den - informovat nemocného, že 	<p>Pacient vyjmenoval potíže, které mohou vzniknout v souvislosti s nevhodnou stravou.</p>

	<p>nevhodná strava může způsobovat zácpu, průjem, plynatost, zvýšený zápach, neprůchodnost stomie</p> <p>- při průjmu je vhodné zařadit do jídelníčku banány, vývar z rýže a mrkve, rýži, bílý chléb</p> <p>- plynatost způsobuje čerstvé pečivo, luštěniny, zelí, květák, cibule, pivo, nápoje sycené oxidem uhličitým</p> <p>- zápach stolice tlumí jogurt, petržel, brusinková šťáva</p>	<p>Pacient i jeho manželka vědí, které potraviny tlumí zácpu, průjem, zápach a které způsobují nadměrnou plynatost.</p>
<p>4. Nemocný zná a dodržuje vhodný pitný režim</p>	<p>- realizace 5. – 10. pooperační den</p> <p>- informovat pacienta, že je třeba denně vypít 1,5 až 2,5 litrů tekutin</p> <p>- důležité je zvýšit příjem tekutin při průjmech</p> <p>- dostatečný příjem tekutin je prevencí zácpy</p> <p>- vhodnými nápoji je voda, ovocné a zeleninové šťávy, neperlivé minerální vody, ovocný čaj</p> <p>- nevhodné jsou minerální vody s kyslíčným uhlíkem, způsobují nadýmání,</p>	<p>Pacient ví, proč je důležité dodržovat pitný režim a jaké množství tekutin je třeba vypít za den.</p> <p>Vysvětlil, kdy je nutné zvýšit příjem tekutin.</p> <p>Vyjmenoval vhodné nápoje.</p> <p>V době hospitalizace pacient přijímal minimálně 2 litry tekutin denně.</p>

	říhání, pálení žáhy	
5. Nemocný zná zásady výživy v prevenci kolorektálního karcinomu	<ul style="list-style-type: none"> - realizace 5.- 10. pooperační den - informovat nemocného o potřebě omezit příjem živočišných tuků, zvláště uzenin a tučného masa, volit raději ryby a drůbež, používat raději rostlinné oleje - zvýšit obsah vlákniny ve stravě, s přihlédnutím k nutnosti omezení příjmu nerozpustné vlákniny v prvních dvou měsících po operaci - zvýšení obsahu vápníku, vitamínu C, E a selenu v každodenní stravě, vitamin E je obsažen v rostlinných olejích, celozrnných výrobcích, listové zelenině, vitamin C v ovoci, bramborách, rajčatech, ovocných i zeleninových šťávách, selen je obsažen v mořských produktech, mase, chřestu - omezení nevhodné tepelné úpravy pokrmů, zejména smažení, grilování , pečení, uzení - omezit příjem alkoholu, nevhodné je pivo pro obsah plísni v pivním sladu 	Nemocný i jeho manželka znají zásady výživy v prevenci kolorektálního karcinomu.

	<ul style="list-style-type: none"> - nekouřit - vhodná je přiměřená pohybová aktivita, například chůze, podle celkového zdravotního stavu 	
--	---	--

3. 9. 5 Prognóza

Prognóza pana J. K. je příznivá. Při operaci byl odstraněn celý nádor, v lymfatických uzlinách nebyly zjištěny nádorové struktury a nebyly prokázány ani vzdálené metastázy. Pacient bude docházet na pravidelné kontroly na onkologickou a gastroenterologickou ambulanci. Pan J. K. i jeho rodina byli dostatečně edukováni v oblasti péče o stomii a vědí, kam se obrátit v případě problémové situace. Je tedy pravděpodobné, že pan J. K. zvládne péči o stomii bez větších potíží.

4. Závěr

Cílem mé práce bylo komplexně zpracovat problematiku kolorektálního karcinomu a ošetrovatelské péče o nemocného pana J. K. po operaci, při které mu byla vyvedena trvalá terminální sigmoideostomie. Ošetrovatelská péče o nemocného se stomií vyžaduje nejen praktické zkušenosti, ale i dostatek empatie a porozumění ze strany ošetrovatelského personálu, neboť stomie představuje hluboký zásah do pacientova života i do života jeho blízkých. Během hospitalizace pan J. K. pochopil, že i se stomií může žít důstojný a plnohodnotný život.

Seznam použité literatury

1. BÁRTLOVÁ, S. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-1197-4.
2. ČIHÁK, R. A KOL. *Anatomie 2*. Praha: Grada Publishing, 2002. ISBN 80-247-0143-X.
3. DOENGES, M. E., MOORHOUSE M. F. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. Praha, Grada Publishing, 1996. ISBN 80-7169-294-8.
4. FERKO, A. A KOL. *Chirurgie v kostce*. Praha: Grada Publishing, 2002. ISBN 80-247-0230-4.
5. HALMO, R., PŘÍBORSKÁ, R. Edukace kolostomika v oblasti výživy. *Diagnóza v ošetrovatelství*, 2006, roč. 2, č. 7, s. 272 – 274.
6. HALUZNÍKOVÁ, J. Informovaný pacient – spokojený pacient, zdravotník v roli edukátora. *Diagnóza v ošetrovatelství*, 2006, roč. 2, č. 7, s. 276 – 280.
7. HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*. Praha: Galén, 2002. ISBN 80-7262-132-7.
8. HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie*. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-471-3.
9. HENDERSON, V. *Základní principy ošetrovatelské péče*. USA: ICN, 1995.
10. HEŘMANOVÁ, J., ZVONÍČKOVÁ, M. Možnosti hodnocení soběstačnosti sestrou. *Diagnóza v ošetrovatelství*, 2006, roč. 2, č. 8, s. 295 – 297

11. HOCH, J., LEFFLER, J. *Speciální chirurgie*. Praha, Maxdorf, 2001. ISBN 80-85912-44-9.
12. HOLUBEC, L. A KOL. *Kolorektální karcinom – současné možnosti diagnostiky a léčby*. Praha, Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0636-9.
13. HYNIE, S. *Farmakologie v kostce*. Praha: Triton, 2001. ISBN 80-7254-181-1.
14. KOLÍNKOVÁ, D. Zásady výživy po založení stomie. *Diagnóza v ošetrovatelství*, 2006, roč. 2, č. 9, s. 350 – 351.
15. KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIEROVÁ, R. *Ošetrovatel'stvo 2*. Martin: Osveta, 1995. ISBN 80-217-0528-0.
16. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha, Grada Publishing, 2002. ISBN 80-247-0179-0.
17. KÚBLER-ROSSOVÁ, E. *Hovory s umírajícími*. Signum Unitatis, 1992. ISBN 80-85439-04-2.
18. MANN, M. *Chirurgická léčba zhoubných nádorů trávicího ústrojí*. Kyjov: Tisk Interpreter, 1995. ISBN 80-201-0080-6.
19. MIKŠOVÁ, Z., FRONKOVÁ, M., HERNOVÁ, R., ZAJÍČKOVÁ, M. *Kapitoly z ošetrovatelské péče I*. Praha, Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1442-6
20. MIKŠOVÁ, Z., FRONKOVÁ, M., ZAJÍČKOVÁ, M. *Kapitoly z ošetrovatelské péče II*. Praha, Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1443-4.

21. NEJEDLÁ, M. *Fyzikální vyšetření pro sestry*. Praha, Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1150-8.
22. OTRADOVCOVÁ, I., KUBÁTOVÁ, L. A KOL. *Komplexní péče o pacienta se stomií*. Praha, Galén, 2006. ISBN 80-7262-432-6.
23. PAVLÍKOVÁ, S. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Praha, Grada, 2006. ISBN 80-247-1211-3.
24. RICHARDS, A., EDWARDS, S. *Repetitorium pro zdravotní sestry*. Praha, Grada, 2004. ISBN 80-247-0932-5.
25. ROKYTA, R. A KOL. *Fyziologie*. Praha, ISV nakladatelství, 2000. ISBN 80-85866-45-5.
26. STAŇKOVÁ, M. *České ošetrovatelství 4, Jak provádět ošetrovatelský proces*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1999. ISBN 80-7013-283-3.
27. STAŇKOVÁ, M. *Základy teorie ošetrovatelství*. Praha, Karolinum, 1996. ISBN 80-7184-243-5.
28. TRACHTOVÁ, E. A KOL. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno, NCO NZO, 2006. ISBN 80-7013-324-4.
29. VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha, Grada, 2006. ISBN 80-247-1262-8.
30. VOKURKA, M., HUGO, J. *Praktický slovník medicíny*. Praha, Maxdorf, 2000. ISBN 80-85912-38-4.

31. VYMĚTAL, J. *Lékařská psychologie*. Praha, Portál, 2003. ISBN 80-7178.740-X.
32. VYSLOUŽIL, K. *Komplexní léčba nádorů rekta*. Praha, Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-0628-8.
33. ZEMAN M. A KOL. *Chirurgická propedeutika*. Praha, Grada Publishing, 2003. ISBN 80-7169-705-2.

Jiné zdroje:

34. České ILCO - sdružení stomiků v České republice. *Výživa stomiků*. Aktualizace 11.2.2009 [cit. 15. 2. 2009] Dostupné z: <http://www.ilco.cz/>
35. Využití různých typů vizuální škály bolesti. Aktualizace 17. 11.2008. [Citováno 8. 2. 2009] Dostupné z: <http://www.lfhk.cuni.cz>.

Seznam zkratek

ATB	-	antibiotikum
BMI	-	Body Mass Index
CMP	-	cévní mozková příhoda
CVK	-	centrální venózní katetr
CT	-	počítačová tomografie
DK	-	dolní končetiny
EKG	-	elektrokardiografie
FR	-	fyziologický roztok
gtt.	-	kapky
i. m.	-	intramuskulárně
i. v.	-	intravenózně
JIP	-	jednotka intenzivní péče
p. o.	-	perorálně
P	-	pulz
PK	-	permanentní katetr
RHB	-	rehabilitace
s. c.	-	subkutánně
tbl.	-	tableta
TK	-	tlak krve
TT	-	tělesná teplota
USG	-	ultrasonografie

Seznam tabulek

- 1. Výsledky laboratorních odběrů str. 36**
- 2. Základní informace o nemocném str. 52**
- 3. Edukační plán – péče o kolostomii str. 88**
- 4. Edukační plán – výživa nemocného s kolostomií str. 92**

Seznam obrázků

- 1. Anatomie konečníku I. str. 9**
- 2. Anatomie konečníku II. str. 9**
- 3. Anatomie střevní stěny str. 10**
- 4. Cévní zásobení rekta str. 11**

Seznam příloh

- 1. Barthelův test základních všedních činností**
- 2. Hodnocení rizika vzniku dekubitů**
- 3. Hodnocení rizika pádu**
- 4. Vizuální analogové škály bolesti**
- 5. Hodnocení bolesti**
- 6. Plán/prevence péče o dekubity a jiné rány**
- 7. Ošetřovatelská anamnéza**
- 8. Realizace ošetřovatelského plánu**

Přílohy

Příloha č. 1 – Barthelův test základních všedních činností

Činnost	Provedení činnosti	Bodové skóre
1. najedení, napití	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
2. oblékání	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
3. koupání	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
4. osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí neprovede	5 0
5. kontinence moči	plně kontinentní občas inkontinentní inkontinentní	10 5 0
6. kontinence stolice	plně kontinentní občas inkontinentní inkontinentní	10 5 0
7. použití WC	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
8. přesun lůžko - židle	samostatně bez pomoci s malou pomocí vydrží sedět neprovede	15 10 5 0
9. chůze po rovině	samostatně nad 50 m s pomocí 50 m na vozíku 50 m neprovede	15 10 5 0
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0

Hodnocení: 0 – 40 bodů

45 – 60 bodů

65 – 95 bodů

100 bodů

vysoce závislý

závislost středního stupně

lehká závislost

nezávislý /28/

Jméno: J. K.

Datum: 7.6. 2008, 5. pooperační den

Celkové bodové hodnocení: 85 bodů (lehká závislost)

Příloha č. 2 – Hodnocení rizika vzniku dekubitů

Rozšířená stupnice podle Nortonové

<i>Bodů</i>	<i>Schopnost spolupráce</i>	<i>Věk</i>	<i>Stav pokožky</i>	<i>Další onemocnění dle odpov. stupně</i>	<i>Fyzický stav</i>	<i>Stav vědomí</i>	<i>Aktivita</i>	<i>Pohyblivost</i>	<i>Inkontinence</i>
4	úplná	< 10	normální	žádné	dobrý	dobrý	chodí	úplná	není
3	malá	< 30	alergie	diabetes teplota kachexie anémie obezita karcinom ucpávání tepen	zhoršený	apatický	s doprovodem	částečně omezená	občas
2	částečná	< 60	vlhká		špatný	zmatený	sedáčka	velmi omezená	převážně moč
1	žádná	> 60	suchá		velmi špatný	bezvědomí	leží	žádná	moč i stolice

Riziko vzniku dekubitů vzniká při 25 bodech a méně.

Jméno: J. K.

Datum: 7.6. 2008, 5. pooperační den

Celkové bodové hodnocení: 29 bodů – riziko vzniku dekubitů není /28/

Příloha č. 3 – Hodnocení rizika pádu

Aktivita		Skóre
Pohyb	Neomezený	0
	Používá pomůcek	1
	Potřebuje pomoc k pohybu	1
	Neschopen přesunu	1
Vyprazdňování	Nevyžaduje pomoc	0
	V anamnéze nykturie/inkontinence	1
	Vyžaduje pomoc	1
Medikace	Neužívá rizikové léky	0
	Užívá léky ze skupiny diuretik, antiepileptik, antiparkinsonik, antihypertenziv, psychotropní léky, benzodiazepiny	1
Smyslové poruchy	Žádné	0
	Vizuální, sluchové, smyslový deficit	1
Mentální status	Orientován	0
	Občasná/noční dezorientace	1
	Historie dezorientace/demence	1
Věk	18 - 75	0
	75 a výše	1
Pád v anamnéze		1
Celkové skóre		2

Riziko pádu hrozí při skóre vyšším než 3.

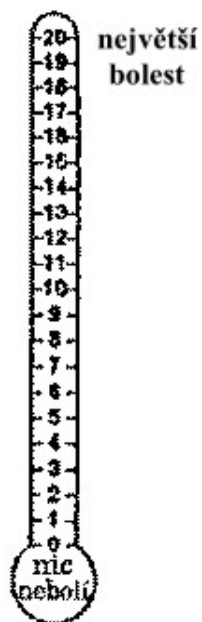
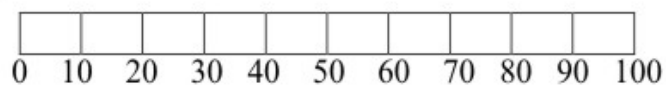
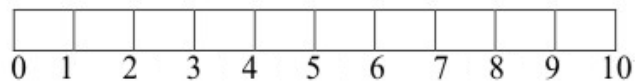
Pacient: J. K.

Datum: 7. 6. 2008, 5. pooperační den

Celkové skóre: 2

Hodnocení: Riziko pádu nehrozí.

Příloha č. 4 – Vizuální analogové škály bolesti /35/



Příloha č. 5: Hodnocení bolesti

PACIENT : J. K.

Hodnocení bolesti		4.6.17 5. propuštěcí den		26.17 6. propuštěcí den		9.6.17 7. propuštěcí den	
datum:							
hodina:							
stupeň:							
10							
9							
8							
7							
6							
5							
4							
3							
2							
1							
0							
jak to boli:		jak to boli:		jak to boli:		jak to boli:	
kde to boli:		kde to boli:		kde to boli:		kde to boli:	
<input checked="" type="checkbox"/> tupá <input checked="" type="checkbox"/> bodavá <input type="checkbox"/> koliková <input type="checkbox"/> svíravá <input type="checkbox"/> vystřelující <input type="checkbox"/> pulzující <input type="checkbox"/> řezavá		<input type="checkbox"/> tupá <input checked="" type="checkbox"/> bodavá <input type="checkbox"/> koliková <input type="checkbox"/> svíravá <input type="checkbox"/> vystřelující <input type="checkbox"/> pulzující <input type="checkbox"/> řezavá		<input type="checkbox"/> tupá <input checked="" type="checkbox"/> bodavá <input type="checkbox"/> koliková <input type="checkbox"/> svíravá <input type="checkbox"/> vystřelující <input type="checkbox"/> pulzující <input type="checkbox"/> řezavá		<input type="checkbox"/> tupá <input checked="" type="checkbox"/> bodavá <input type="checkbox"/> koliková <input type="checkbox"/> svíravá <input type="checkbox"/> vystřelující <input type="checkbox"/> pulzující <input type="checkbox"/> řezavá	
<input type="checkbox"/> pálivá <input type="checkbox"/> klaudikační <input type="checkbox"/> neurčitá <input type="checkbox"/> jiná		<input type="checkbox"/> pálivá <input type="checkbox"/> klaudikační <input type="checkbox"/> neurčitá <input type="checkbox"/> jiná		<input type="checkbox"/> pálivá <input type="checkbox"/> klaudikační <input type="checkbox"/> neurčitá <input type="checkbox"/> jiná		<input type="checkbox"/> pálivá <input type="checkbox"/> klaudikační <input type="checkbox"/> neurčitá <input type="checkbox"/> jiná	
a charakter bolesti Lokalizace		- vyvoleno, při chůzi - bolest v nohách - bolest v nohách - bolest v nohách - bolest v nohách		- vyvoleno, při chůzi - bolest v nohách - bolest v nohách - bolest v nohách - bolest v nohách		- vyvoleno, při chůzi - bolest v nohách - bolest v nohách - bolest v nohách - bolest v nohách	
Podpírné prostředky							
Hodnocení sestrou		D		N			
		- vyvoleno, při chůzi - bolest v nohách - bolest v nohách - bolest v nohách - bolest v nohách		- vyvoleno, při chůzi - bolest v nohách - bolest v nohách - bolest v nohách - bolest v nohách		- vyvoleno, při chůzi - bolest v nohách - bolest v nohách - bolest v nohách - bolest v nohách	

Příloha č. 6: Plán prevence/péče o dekubity a jiné rány

Plán prevence/péče o dekubity a jiné rány

Užívané zkratky:

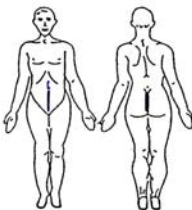
L levý bok	PB pravý bok
Z záda	SL sed na lůžku
SK sed v křesle	ATD antidekubitní
S stoj	CH chůze
BV borová voda	PV peroxid vodíku
BE Betadin	JO Jodonal
PE Persteril	
RS ranní směna	OS odpolední směna
NS noční směna	

zde
identifikační štítek

PACIENT : J.K.

Stupeň zakreslit na příslušné místo červené

Stupeň
I. zčervenání
II. tvorba puchýřů
III. poškození kůže
IV. hluboká poškození tkáně
V. dekubitus na kost nektróza



datum zavedení: *20.*

list č.: *1*

Rozšířená stupnice Nortonové

Dat.	Schopnost spolupráce	Věk	Stav pokožky	Přidružené onemocnění	Fyzický stav	Stav vědomí	Aktivita	Mobilita	Inkontinence	Součet
úplná	< 10	4	normální	žádne	dobrý	bдіlý	chodí	úplná	není	4
částečně omezená	< 30	3	alergie	DM, ↑ TT	zhoršený	apatický	s doprov.	částečně omezená	občas	3
omezená	< 60	2	vlhká	anémie, kachexie	špatný	zmatený	seďačka	omezená	převážně moč	2
velmi omezená	> 60	1	suchá	trombóza, obezita	velmi špatný	bezvědomí	leží	velmi omezená	moč + stolice	1
žádná				karcinom				žádná		

Ošetřovatelský plán

PROBLÉM		Cíl	
Porušení integrity kůže <input checked="" type="checkbox"/> aktuálně <input type="checkbox"/> potencionálně		<input checked="" type="checkbox"/> zhojení rány <input type="checkbox"/> > pohyblivost <input type="checkbox"/> prevence vzniku rány	
analýza rány	ošetřovatelské zásahy		
dat.: <i>7.6.</i> dekubitus □ ano <input checked="" type="checkbox"/> ne □ ulcerus cruris □ gangraena diabetica □ zčervénání □ puchýř <input checked="" type="checkbox"/> rána: <input checked="" type="checkbox"/> čistá <input type="checkbox"/> granulující □ epitelizující □ infikovaná □ zápach □ sekret: □ bílý □ žlutý □ zelený □ nektróza velikost rány: <input checked="" type="checkbox"/> bolest: <input checked="" type="checkbox"/> mírná □ střední □ silná □ nesnesitelná	<input type="checkbox"/> polohovat <input checked="" type="checkbox"/> mobilizace: <input checked="" type="checkbox"/> sed v křesle <input checked="" type="checkbox"/> stoj <input checked="" type="checkbox"/> chůze <input type="checkbox"/> ATD matrace, typ: <input type="checkbox"/> molit. kola □ molit klíny ATD pomůcky □ na lokty □ na paty další ATD pomůcky: <input checked="" type="checkbox"/> hydratace - množství ml/24 h <input checked="" type="checkbox"/> výživa: ↑ proteiny/vitam./minerály <input checked="" type="checkbox"/> ↑ hygiena <input checked="" type="checkbox"/> analgetika dle ordinace lékaře <input checked="" type="checkbox"/> ↑ úroveň vědomosti: □ v léčbě <input checked="" type="checkbox"/> v prevenci <input type="checkbox"/> další převaz (kdy) <i>2.6.</i> <input type="checkbox"/> jiné:		
<input checked="" type="checkbox"/> rána ošetřena (cím): <i>Gibuk + sterilmí mako hyph</i>		frekvence	
		hodina	
		poloha	
		podpis	
		RS	
		OS	
		NS	
		podpis sestry: <i>Bil</i>	
dat.: dekubitus □ ano <input checked="" type="checkbox"/> ne □ ulcerus cruris □ gangraena diabetica □ zčervénání □ puchýř <input checked="" type="checkbox"/> rána: <input checked="" type="checkbox"/> čistá <input type="checkbox"/> granulující □ epitelizující □ infikovaná □ zápach □ sekret: □ bílý □ žlutý □ zelený □ nektróza velikost rány: <input checked="" type="checkbox"/> bolest: <input checked="" type="checkbox"/> mírná □ střední □ silná □ nesnesitelná		<input type="checkbox"/> polohovat <input checked="" type="checkbox"/> mobilizace: <input checked="" type="checkbox"/> sed v křesle <input checked="" type="checkbox"/> stoj <input checked="" type="checkbox"/> chůze <input type="checkbox"/> ATD matrace, typ: <input type="checkbox"/> molit. kola □ molit klíny ATD pomůcky □ na lokty □ na paty další ATD pomůcky: <input checked="" type="checkbox"/> hydratace - množství ml/24 h <input checked="" type="checkbox"/> výživa: ↑ proteiny/vitam./minerály <input checked="" type="checkbox"/> ↑ hygiena <input checked="" type="checkbox"/> analgetika dle ordinace lékaře <input checked="" type="checkbox"/> ↑ úroveň vědomosti: □ v léčbě <input checked="" type="checkbox"/> v prevenci <input type="checkbox"/> další převaz (kdy) <input type="checkbox"/> jiné: <i>2.6.</i>	
<input checked="" type="checkbox"/> rána ošetřena (cím): <i>Gibuk + sterilmí mako hyph</i>		frekvence	
		hodina	
		poloha	
		podpis	
		RS	
		OS	
		NS	
		podpis sestry: <i>Bil</i>	

Příloha č. 7: Ošetřovatelská anamnéza

OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA

PACIENT: V.K. zde identifikační lístek		4. VYLUČOVÁNÍ stolice: pravidelná <input type="checkbox"/> nepravidelná <input checked="" type="checkbox"/> jak často užívá projímadla/jaké: stomie <input checked="" type="checkbox"/> číslo: inkontinence stolice <input type="checkbox"/> moče <input type="checkbox"/> moč katetr datum poslední katetrizace:		10. NÁBOŽENSKÉ VYZNÁNÍ druh náboženského vyznání: zvláštnosti víry: ne <input checked="" type="checkbox"/> jaké: přeje si zavolat kněze: ano <input type="checkbox"/> ne <input checked="" type="checkbox"/>
1. přijetí <input checked="" type="checkbox"/> opakované přijetí <input type="checkbox"/> zná důvod přijetí ne <input type="checkbox"/> ano <input checked="" type="checkbox"/> rodina informována ne <input type="checkbox"/> ano <input checked="" type="checkbox"/> poslední pobyt v nemocnici: <i>CH-1/P</i> Přeložen odkud: souhlas k podávání informací komu: <i>MANŽELKA</i> <i>MARIE</i>	5. HYGIENA pomoc potřebuje při mytí <input type="checkbox"/> oblékání <input type="checkbox"/> ne <input checked="" type="checkbox"/> pomoc při mytí a oblékání <input type="checkbox"/> částečná <input type="checkbox"/> úplná <input type="checkbox"/> pomoc při koupeli (sprcha) <input type="checkbox"/> částečná <input type="checkbox"/> úplná <input type="checkbox"/> pomoc při hygieně DÚ/prolézy <input type="checkbox"/> částečná <input type="checkbox"/> úplná <input type="checkbox"/> zubní protéza horní <input checked="" type="checkbox"/> dolní <input checked="" type="checkbox"/> dekubit: ne <input checked="" type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> (viz Plán péče o dekubit)		11. SOCIÁLNÍ PODMÍNKY bydlí doma sám: ano <input type="checkbox"/> ne <input checked="" type="checkbox"/> s kým: <i>MANŽELKA</i> kdo se bude o něj/něho starat po propuštění: <i>MANŽELKA</i>	
1. AKTIVA chodí <input checked="" type="checkbox"/> chodí s dop. <input type="checkbox"/> sedí <input type="checkbox"/> leží <input type="checkbox"/> hůl/berte <input type="checkbox"/> protéza <input type="checkbox"/> jiné omezení: 2. KOMUNIKACE bez omezení <input checked="" type="checkbox"/> zmatený <input type="checkbox"/> rozrušený <input type="checkbox"/> apatický <input type="checkbox"/> bezvědomí <input type="checkbox"/> KOMUNIKACE OMEZENÁ: brýle/kontaktní čočky <input type="checkbox"/> sluchový aparát <input type="checkbox"/> jiné (tluchoněný, slepý a pod.)	6. SPÁNEK narušený ne <input type="checkbox"/> ano <input checked="" type="checkbox"/> důvod: <i>SNÍŽENÁ REAKCE</i> užívá léky na spaní/jaké: <i>NE</i> 7. TERMOREGULACE TT kolísá ne <input checked="" type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> kdy: poslední naměřená tělesná teplota °C		ZÁVĚR předpokládá se kontakt se sociální sestrou ne <input checked="" type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> sociální sestra kontaktována dne: předpokládá se edukace pacienta/klienta v: <input type="checkbox"/> aplikaci inzulinu <input type="checkbox"/> převazu rány <input type="checkbox"/> užívání léků <input checked="" type="checkbox"/> péči o stomii jiné: <i>DIETNÍ A BEZPEČNOST</i>	
3. VÝŽIVA pomoc potřebuje: ne <input checked="" type="checkbox"/> při jídle <input type="checkbox"/> při pití <input type="checkbox"/> dietní omezení / dieta č. <i>KARLUTA</i> NG sonda <input type="checkbox"/> jiné: váha: <i>84 kg</i> kg výška: <i>176</i> cm	8. DÝCHÁNÍ bez potíží <input checked="" type="checkbox"/> příčina zhoršeného dýchání: kardiální <input type="checkbox"/> astma <input type="checkbox"/> kašel <input type="checkbox"/> bolesti <input type="checkbox"/> kouření <input type="checkbox"/> jiné: 9. VOLNÝ ČAS - ZÁJMY / ZÁLIBY má s sebou TV <input type="checkbox"/> rádio <input type="checkbox"/> walkmann <input type="checkbox"/> jiné: zájmy: <i>TV, ČTENÍ NOVIN, KAPRARIJE</i>		CENNOSTI uloženy v centrálním trezoru ne <input checked="" type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> jaké: Pacient/klient byl informován, že za cenosti, které neuloží do centrálního trezoru, personál neodpovídá. podpis pacienta: datum: <i>4.6.2017</i> podpis sestry: Pacient/klient byl seznámen s Právy pacientů. Anamnézu odebrala sestra: Datum: <i>4.6.2017</i>	

Příloha č. 8: Realizace ošetrovatelského plánu

REALIZACE OŠETŘOVATELSKÉHO PLÁNU

datum	ošetřovatelská péče	stop	datum	datum	datum	datum	datum	datum	datum	datum	datum	datum	datum	datum	datum	datum	datum
	celková koupel - ranní																
	- odpolední																
	dopomoc při hyg. - ranní			/	/	/											
	- večerní			/	/	/											
	hygiena dlaní ústní			/	/	/											
	mytí vlasů					/											
	stříhání nehtů																
	masáž zad		/	/	/	/											
	příprava na vyšetření OPERACI		/														
	klyzma (prolínadlo) - vyš.		/														
	holení tváře																
	holení před vyšetřením / operací		/														
	permanentní cévka																
	zavedení kanyly		/	/	/	/											
	OKK		/	/	/	/											
	EPIDKATETR		/	/	/	/											
	REDON I		/	/	/	/											
	REDON II		/	/	/	/											
	PŘEVAK - BÉCHO		/	/	/	/											
	PŘEVAK - PERINEUM		/	/	/	/											
	PEČE O STOMHU		/	/	/	/											